6.

DES

INDICATIONS DE L'IRIDECTOMIE

ET DE

SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

PAR

Le Docteur A. SICHEL Fils



PARIS

LOUIS LECLERC, LIBRAIRE-ÉDITEUR

14, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1866

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

A MON PÈRE

MON PREMIER ET MON MEILLEUR MAITRE.

PRÉFACE

L'*iridectomie*, comme son nom l'indique, est l'opération à l'aide de laquelle on se propose d'exciser une partie plus ou moins considérable du limbe iridien.

Cette opération avait été imaginée en 1796 par Beer, pour remédier à différentes affections qui, en obstruant, soit directement, soit indirectement, le champ pupillaire, rendaient la vision totalement ou partiellement impossible.

En 1856, les applications de cette opération furent étendues du domaine de la thérapeutique chirurgicale à celui de la thérapeutique médicale des maladies des yeux, par M. le professeur de Graefe, dont le nom se trouve attaché à presque tous les progrès modernes de l'ophthalmologie.

C'est en 1857 (1) que parut son premier mémoire, qui, nous en sommes convaincu, restera justement célèbre.

Depuis lors, peu d'opérations ont eu, comme l'iridectomie, le don d'émouvoir et de mettre en éveil la sagacité des chirurgiens. Rarement on a vu un moyen thérapeutique nouveau soulever des discussions aussi nombreuses et donner le jour à un

(1) *Archiv für Augenheilkunde*, 1857, B. III. Abtheil. 2, p. 456 et suiv.

aussi grand nombre de travaux, que le sujet qui nous occupe. Malheureusement toutes ces discussions, tous ces écrits divers, loin d'élucider la question, n'ont fait que l'embrouiller et l'obscurcir, chacun, dans la discussion, s'en retournant comme il était venu, c'est-à-dire conservant son opinion et se gardant bien d'adopter celle d'autrui; dans les écrits, chacun répétant à peu près textuellement ce qu'avaient dit les prédécesseurs et n'apportant guère de faits nouveaux pour appuyer les idées mises en avant.

Certains praticiens même, n'ont pas tardé à faire à l'iridectomie le reproche de ne pas réussir dans tous les cas et d'avoir quelquefois des échecs. D'autres n'ont voulu avoir recours à ce moyen qu'à la dernière extrémité, dans des cas à peu près désespérés, alors que, les sujets qu'on y soumettait étant déjà débilités et affaiblis par un traitement antiphlogistique trop prolongé, on pouvait être presque certain d'avoir un échec. D'autres, timorés, ne purent jamais se résoudre à tenter, sur un œil y voyant encore, une opération par laquelle ils couraient risque d'éteindre la vision complétement et pour toujours. Enfin, d'autres encore ont vu dans cette opération, pratiquée à de certains moments, un moyen plus dangereux qu'utile, et l'ont rejetée à une époque où, la maladie ayant déjà fait de certains progrès et étant passée de l'état aigu à l'état chronique, les résultats favorables qu'on pouvait en attendre étaient déjà bien diminués.

En dernier lieu, d'autres ont encore rejeté l'opération parce que, son mode d'action étant inexpliqué, ils considéraient son emploi comme irrationnel !

Bref, *prônée* outre mesure par les uns, *dénigrée* et *rejetée* quand même par les autres, l'iridectomie a subi le sort de

toutes les grandes découvertes modernes. Soumise à des fluctuations sans nombre, elle a fini par prendre droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale, et cela à juste titre, pensons-nous, car, lorsqu'on n'en fait pas un usage abusif et que l'on en raisonne l'emploi, elle est capable de donner les résultats les plus merveilleux !

C'est dans le but d'en montrer les avantages aussi bien que les inconvénients, d'en discuter la valeur sans parti pris, qu'est entrepris le travail que je soumets aujourd'hui à l'appréciation de la Faculté.

Ce que j'ai voulu faire est, avant tout, de tâcher d'être utile à mes confrères qui ne font pas de l'ophthalmologie le sujet spécial de leurs études, ainsi qu'aux malades qui, dans les discussions dont notre art est si souvent le théâtre, sont trop fréquemment oubliés et presque toujours les victimes.

Me débarrassant aussi bien des questions de doctrine et d'école que de toute jalousie, j'ai cherché à séparer les idées purement théoriques et que la pratique ne justifie pas, d'avec les résultats acquis par l'expérience, tout en y joignant quelques idées personnelles qu'une observation de plusieurs années, à la clinique de mon père et à celle de M. de Graefe, à Berlin, m'ont permis de réunir.

Afin que le lecteur ne puisse pas croire que toutes les opinions que j'émets ici sont partagées par mon père, je l'ai prié de vouloir bien résumer ses opinions sous forme d'une lettre. Mon père ayant bien voulu me rendre ce précieux service, c'est cette lettre qu'on trouvera publiée en tête de mon travail; je ne doute nullement qu'elle ne soit d'un grand intérêt pour le public médical.

Je n'ai pas cru devoir donner ici l'historique de la question.

Il n'est pas un travail qui ait paru sur la matière où il ne se trouve fait en entier; on trouvera surtout toutes les indications désirables dans le *Traité des maladies des yeux* de M. le docteur L. Wecker, qui est aujourd'hui l'ouvrage le plus complet d'ophthalmologie et en même temps celui qui est le plus au courant de la science moderne. J'y ai fait de fréquents emprunts et suis trop heureux de pouvoir remercier ici publiquement son auteur, en mon nom et au nom de toute la jeunesse studieuse, à laquelle il a rendu un immense service par la publication de cet important ouvrage.

LETTRE DU Dʀ SICHEL

A SON FILS ARTHUR SICHEL.

Mon cher Arthur,

Tu me demandes, comme introduction ou appendice à ta thèse, un exposé de mes opinions sur les différentes applications de l'iridectomie. Un pareil exposé, s'il devait être complet, dépasserait de beaucoup les limites d'une dissertation inaugurale; en effet, j'en ai fait le sujet de plusieurs mémoires inédits que je me propose de publier successivement. Néanmoins, pour satisfaire à ton désir, d'autant plus légitime que mes opinions ne sont pas toujours les tiennes et que je ne prends pas la responsabilité de celles-ci, je te donne ici une série d'aphorismes qu'on peut regarder comme le sommaire incomplet de mon futur travail.

1° L'opération de l'iridectomie, comme moyen de guérir le glaucome incomplet, est une des plus belles acquisitions de la chirurgie moderne.

2° Elle réussit encore quelquefois lorsque le glaucome est presque complet, que la vision est presque entièrement abolie, et que les milieux réfringents commencent déjà à se troubler. Ce trouble commençant des milieux se dissipe même quelquefois après l'opération.

3° L'iridectomie est impuissante contre le glaucome complet, quand déjà il existe des signes de désorganisation commençante des membranes internes, avec abolition complète de la perception de la lumière.

4° On commet journellement une grave erreur de diagnostic,

en confondant avec le vrai glaucome chronique une maladie différente, le *pseudo-glaucome*, simple amaurose cérébrale avec excavation non glaucomateuse de la papille optique, c'est-à-dire avec excavation non accompagnée de symptômes de pression intra-oculaire.

5° Un grand abus est fait journellement de l'iridectomie dans le pseudo-glaucòme, contre lequel elle n'a aucune efficacité.

6° Le pseudo-glaucome est symptomatique tantôt d'une maladie cérébrale organique et incurable, tantôt d'une amaurose cérébrale non encore organique et restant accessible à la thérapeutique médicale.

7° Une variété particulière et pas extrêmement rare du pseudo-glaucome reconnaît pour cause l'abus des lunettes convexes trop fortes, résiste à l'iridectomie, mais guérit par un traitement médical rationnel, le repos des yeux, et l'usage de lunettes plus faibles et plus appropriées à la portée de la vue du malade.

8° Contre l'iritis et l'irido-choroïdite chronique, l'iridectomie est un moyen infidèle, qui augmente au moins aussi souvent la phlegmasie qu'il la diminue.

9° Il est surtout irrationnel de pratiquer cette opération quand la phlegmasie n'a pas encore été combattue par une thérapeutique convenable, et tant qu'elle se maintient à l'état d'acuité ou de subacuité.

10° L'iridorhexis est encore moins que l'iridectomie un moyen capable de guérir ou d'arrêter l'iritis ou l'irido-choroïdite chronique.

11° L'iridorhexis, d'ailleurs, n'est qu'une iridodialysie avortée et imparfaite, et par conséquent une opération à proscrire comme une méthode irrégulière et infidèle, qui peut toujours être remplacée, avec un résultat bien plus parfait, par l'iridectomie ou l'iridodialysie.

12° Le mode d'action de l'iridectomie dans le glaucome, l'iritis et l'irido-choroïdite est encore inconnu. On est d'accord pour croire qu'elle agit en diminuant la pression intra-oculaire ; mais de quelle manière elle la diminue, c'est là le point obscur et sur lequel chacun a à peu près sa théorie.

13° Quant à moi, je pense que l'iridectomie agit en produisant une déplétion sanguine immédiate intra-oculaire, c'est-à-dire en vidant largement les vaisseaux profonds du globe, et en diminuant ainsi d'une manière prompte, directe et très-efficace la plénitude de cet organe, ainsi que la tension et la pression intra-oculaire.

14° On a attaché de l'importance, pour la guérison du glaucome, à la forme quadrangulaire de la pupille artificielle, à son extension jusqu'à la ligne de jonction de l'iris avec la choroïde, etc. Je n'ai pu reconnaître aucune importance à ces circonstances, ayant vu, dans des cas d'iridectomie pratiquée par moi pour combattre des glaucomes doubles, la guérison plus complète ou l'amélioration plus grande à l'œil dont la pupille artificielle était plus triangulaire, plus petite et moins étendue vers la circonférence cornéenne, qu'à l'autre œil.

15° Dans l'extraction de la cataracte par la kératotomie à lambeau, une erreur fondamentale, relative aux causes du non-succès de cette opération, a amené un effrayant abus de l'iridectomie comme opération auxiliaire ou préparatoire. On ne voit plus guère pratiquer l'extraction sans l'iridectomie, c'est-à-dire que, regardant comme une inutile fantaisie de la nature l'établissement d'un diaphragme à ouverture centrale mobile, si importante cependant pour la vision distincte à toutes les distances et aux degrés les plus différents de la lumière, on se plaît à remplacer à tout propos la pupille normale, centrale, ronde, régulière et mobile par une ouverture pupillaire excentrique, irrégulière et immobile. D'aucuns, même, pour se distinguer par quelque chose du moins qui leur appartienne en

propre, ne se contentent pas d'une seule iridectomie, et établissent avant l'extraction deux pupilles artificielles, l'une en haut, l'autre en bas, de manière à empêcher tout rétrécissement de la pupille à la plus vive lumière. Aussi les cataractés, au bout d'un certain temps après ces multiples opérations, perdent-ils beaucoup de la netteté de leur vision, et sont-ils forcés d'employer des lunettes à cataracte beaucoup plus fortes et plus fatigantes qu'après la simple extraction.

16° L'iridectomie préparatoire ou auxiliaire, appliquée à l'extraction de la cataracte, a pris sa naissance dans l'idée que l'excision de l'iris est le palladium prophylactique et thérapeutique contre l'iritis, et dans l'opinion encore plus radicalement erronée, que le non-succès de l'extraction de la cataracte est constamment causé par l'iritis. Or, l'iritis primitive est un des accidents les plus rares après l'extraction, et dans celle-ci l'insuccès, au moins 19 fois sur 20, est causé par l'écartement du lambeau, l'infiltration purulente de celui-ci et du globe, et leur fonte consécutive, accidents que peut prévenir le bandage contentif ou compressif inventé par moi et aujourd'hui à peu près généralement adopté. Grâce à ce bandage, l'iridectomie dans l'extraction à lambeau devient une superfétation, et l'on obtient assez régulièrement 80 à 85 succès et 8 à 15 demi-succès sur cent yeux opérés. Les 5 à 10 pour 100 d'insuccès s'expliquent parfaitement par l'écartement du lambeau que l'iridectomie ne prévient pas, et par la fonte purulente consécutive. L'iritis ne survient que rarement et presque toujours secondairement ; après l'extraction, la perte de la vue par une iritis primitive, d'après mon expérience de plus de quarante ans, est un des accidents les plus rares. Ceux-là même qui annoncent le plus grand nombre de succès après l'extraction combinée avec l'iridectomie, emploient le bandage contentif, et rien ne prouve que ce n'est pas à lui plutôt qu'à l'iridectomie qu'il faut attribuer leurs succès.

17° L'extraction linéaire aussi ne s'emploie presque plus aujourd'hui sans l'iridectomie, qui, en effet, en diminue les dangers et augmente les chances de succès. Pourtant on a tort de proscrire en entier l'extraction linéaire pratiquée sans iridectomie. Elle est applicable à beaucoup de cas de cataracte lenticulaire entièrement molle ou liquide, sans noyau ou n'ayant qu'un noyau très-petit ou très-mou, sous condition que la pupille se dilate facilement et complétement par l'atropine et reste longtemps dilatée. Je ne partage pas, d'ailleurs, la grande prédilection trop générale aujourd'hui pour cette opération, dont les inconvénients et les dangers, plus grands et plus nombreux dans certaines conditions qu'on ne le pense, ont été signalés par moi ailleurs (Bauzon, *Thèse inaugurale de Paris*, 1864), et me font souvent donner la préférence à l'extraction à lambeau.

Si l'on prétend aujourd'hui obtenir par la combinaison de l'extraction avec l'iridectomie un nombre de succès plus grand que celui indiqué par moi, cela tient uniquement à un mode différent de statistique, qui applique à ce que j'appelle *demi-succès* le nom de *succès* ou *succès complet*, mot par lequel je désigne le résultat qui permet au malade de reprendre, à l'aide de l'œil opéré, ses occupations habituelles.

18° Pour neutraliser les effets fâcheux du *staphylôme pellucide* (*conicité*) *de la cornée*, l'iridectomie semble un moyen très-rationnel, quand les autres traitements ont échoué; mais je dois me déclarer incompétent à juger les résultats qu'elle a donnés dans cette maladie, n'ayant jamais eu occasion de la mettre en pratique, la méthode thérapeutique exposée par moi (1) m'ayant toujours réussi, du moins pour arrêter le

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XXIII, 1842, p. 181-190, 269-276, 364-373; *Annales d'oculistique*, 2e vol. supplémentaire, p. 125-167, etc.; avec une addition importante, *Iconographie ophthalmologique*, p. 403, §§ 550-559, observ. 126-129, pl. 32, fig. 3-6, pl. 33, fig. 1, 2.

progrès du mal, et assez pour que les malades n'aient pas voulu consentir à une opération.

19° Quant à l'iridectomie comme moyen de rouvrir ou remplacer la pupille normale oblitérée ou de frayer un passage aux rayons lumineux interceptés par une opacité de la cornée transparente, je n'ai rien de nouveau à ajouter à ce que j'ai exposé au complet dans ma monographie de la pupille artificielle, contenue dans mon *Iconographie ophthalmologique*, pages 447 et suivantes. J'ai seulement à faire une remarque.

20° A la page 459, § 619 et obs. 152, pl. 40, fig. 3, j'ai exposé que, dans le cas où la possibilité en est donnée, la pupille artificielle doit être établie au centre, par la raison que la vue centrale est toujours plus parfaite que la vue excentrique. Aujourd'hui on semble s'être entièrement départi de ce principe, et l'on pratique toujours, à ma connaissance, l'iridectomie latérale, même quand l'iridectomie centrale est possible. Je ne puis ni adopter ni approuver cette manière de faire.

21° Je n'ai rien non plus à ajouter ni à retrancher à ce que j'ai dit (*Iconographie*, p. 449, § 598), relativement à la priorité de ma Monographie de l'opération de la pupille artificielle sur les travaux analogues d'un de mes anciens chefs de Clinique, sujet sur lequel je reviendrai en détail à une autre occasion.

22° Il est irrationnel et contraire aux enseignements de l'expérience de pratiquer une pupille artificielle à un œil non affecté de glaucôme, et dont le congénère jouit de l'intégrité de sa vision.

Voilà en quelques mots, mon cher Arthur, l'exposé de mes opinions sur le sujet de ta thèse.

Ton père et ami

SICHEL, D. M.

Paris, 10 août 1866.

DES

INDICATIONS DE L'IRIDECTOMIE

ET DE

SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS PRÉLIMINAIRES.

Les indications de l'iridectomie peuvent être rangées en trois groupes distincts, suivant le but que l'on se propose d'atteindre par cette opération.

1° L'iridectomie est pratiquée dans le but de rouvrir aux rayons lumineux le passage normal que des affections diverses leur ont obstrué. C'est ce que j'appellerai l'*iridectomie optique*.

2° L'opération est destinée à pallier, guérir ou prévenir une maladie oculaire, contre laquelle les ressources du traitement médical échouent ou sont du moins si faibles, qu'elles constituent, pour le malade aussi bien que pour le chirurgien, un embarras, un ennui, souvent même un danger pour le premier, tandis qu'au contraire l'opération, lorsqu'on la pratique en s'entourant de certaines précautions, est d'une telle innocuité et presque toujours suivie d'un si heureux résultat, que le malade et le médecin n'ont que des avantages à en retirer. Je donnerai à l'opération pratiquée dans ces cas le nom d'*iridectomie thérapeutique*.

3° En excisant l'iris, le chirurgien se propose d'augmenter les chances de succès d'une autre opération, d'en diminuer les accidents ou d'en faciliter la manœuvre. C'est ce que j'appellerai l'*iridectomie prophylactique.*

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que, dans ces trois cas différents, le manuel opératoire varie très-peu, à quelques rares exceptions près, dont l'exposition trouvera naturellement sa place au fur et à mesure de l'énumération des diverses indications de l'opération en particulier.

Cependant, je ne crois pas devoir écarter de mon sujet la description du manuel opératoire en lui-même, du *modus faciendi*, et surtout des différentes précautions dont on devra s'entourer avant, pendant ou après l'opération, car, j'en ai la conviction intime, dans nombre de cas, c'est pour avoir négligé ces règles, que l'opération n'a pas donné, entre les mains de certains chirurgiens, les résultats qu'elle donne entre celles d'autres et qu'on est si souvent en droit d'en attendre.

Soins préliminaires. — Ils tiennent ici une très-petite place et ne sont pas, comme dans l'opération de la cataracte, par exemple, d'une rigoureuse nécessité ; cependant, comme ils ne causent, aussi bien aux malades qu'au chirurgien, que peu d'embarras et qu'ils sont cependant susceptibles d'augmenter les chances de succès, il sera bon d'y avoir recours toutes les fois que des indications spéciales ou des impossibilités matérielles n'y mettront pas obstacle.

La veille de l'opération, il est utile de débarrasser le tube digestif des matières qu'il pourrait contenir, afin d'éviter, pendant les 24 heures qui suivront l'opération, des garderobes qui forceraient le malade à des mouvements ou à des déplacements intempestifs. Il sera bon aussi de tenir les malades dans une chambre dont l'éclairage soit modéré, afin d'éviter l'irritation et les éblouissements causés par l'exposition de l'œil malade à une trop vive lumière en passant d'une chambre obscure

à une autre exposée au grand jour, ce qui solliciterait de la part du malade des contractions des paupières et des muscles de l'œil, ou des mouvements de tête pouvant gêner la manœuvre opératoire. Le jour même de l'opération, nous ne saurions trop conseiller de ne donner aux malades que des aliments légers et peu abondants, afin d'éviter, autant que possible, les vomissements si l'on était obligé d'avoir recours au chloroforme. Enfin, nous croyons devoir conseiller de pratiquer l'opération le malade étant couché dans le décubitus dorsal, toutes les fois que des difformités ou des affections diverses n'y mettront pas obstacle. Cette pratique a, en effet, l'avantage : 1° d'empêcher de la part du malade les mouvements de rétrocession, sur le danger desquels je ne crois pas devoir insister; 2° de donner au chirurgien, aussi bien qu'à ses aides, une position plus commode ainsi qu'une plus grande liberté d'action ; 3° d'être plus à l'aise, en cas d'éventualité d'une syncope, pour porter secours au patient ; enfin, 4° de faciliter l'emploi du chloroforme, si l'indocilité du malade, sa pusillanimité ou des mouvements oculo-palpébraux invincibles en faisaient une nécessité.

OPÉRATION.

Appareil instrumental. — Il se compose : 1° d'une pince à griffes ou à dents de Waldau, pour fixer le globe ; 2° d'un couteau lancéolaire de Jaeger, droit ou coudé sur le plat ; 3° d'un petit bistouri boutonné, coudé sur le plat, pour agrandir l'incision si elle était trop petite ; 4° une pince à pupille artificielle, de courbure variable suivant le lieu où l'on se propose d'établir la pupille ; en dernier lieu, 5° une paire de ciseaux oculaires courbes sur le plat.

Manuel opératoire. — Le malade étant couché sur le lit, comme il a été dit plus haut, le chirurgien se place au devant du malade pour opérer du côté externe à l'œil droit ou du côté

interne à l'œil gauche, et derrière lui pour opérer du côté externe à gauche et du côté interne à droite. Un aide relève la paupière supérieure, un autre abaisse l'inférieure. Il est essentiel que les aides se servent uniquement de leurs doigts *et non pas d'élévateurs* comme on le conseille quelquefois, car la pression de ces derniers sur le fond du cul-de-sac conjonctival pourrait déterminer, au moment de la sortie de l'humeur aqueuse, la luxation du cristallin. Il sera bon que l'un des aides soit suffisamment exercé pour pouvoir reséquer le prolapsus iridien, car, comme nous allons le voir, le chirurgien a besoin de ses deux mains au moment où cet acte opératoire doit avoir lieu.

1er *temps.* — Le chirurgien, à l'aide de la pince à fixer tenue de la main gauche, saisit un large pli de la conjonctive, ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent, afin de ne pas déchirer celle-ci, et attire l'œil dans la direction opposée au point où il a l'intention de pratiquer l'excision. De la main droite il fait, à l'aide du couteau lancéolaire, et à 1 millimètre ou 1 millimètre et demi du bord de la cornée, dans la sclérotique, une incision de 4 à 5 millimètres de largeur. Pour cela, il enfonce le couteau de façon à en diriger le plat parallèlement au plan de l'iris, en tournant même légèrement la pointe vers la face postérieure de la cornée. Lorsque la plaie a atteint les dimensions voulues, le couteau est retiré, non pas brusquement, mais petit à petit, en appliquant l'un des tranchants à l'un des angles de la plaie, et il agrandit par cette manœuvre les dimensions de l'incision jusqu'à ce qu'elle atteigne 6 à 8 millimètres. Il est essentiel que, pendant toute la durée de la sortie du couteau, l'humeur aqueuse s'écoule lentement et non en jet, afin d'éviter la propulsion du cristallin et de l'iris en avant. Si, lorsqu'on a retiré le couteau, l'incision était trouvée trop étroite, il conviendrait de l'élargir à l'aide du petit bistouri boutonné.

2e *temps.* — Le chirurgien, sans lâcher la pince à fixer,

échange le couteau contre une pince à pupille artificielle, et l'introduit fermée dans la chambre antérieure, en rasant avec l'extrémité de ses mors la face cornéenne postérieure, en évitant avec soin de pénétrer au delà d'une distance de 1 millimètre du bord pupillaire correspondant, et il a bien soin d'éviter d'arriver jusque dans la pupille, car on est alors trop exposé à blesser la cristalloïde antérieure et de déterminer ainsi une cataracte traumatique. Au moment où les pinces sont ouvertes aussi largement que le permettent les dimensions de la plaie, aussitôt le tissu iridien fait saillie entre leurs branches. Celles-ci sont rapprochées, l'iris est saisi, non avec les mors de la pince, mais avec leur convexité; la portion saisie est attirée au dehors et excisée par l'aide aussi près que possible de la sclérotique. Cette excision demande un soin particulier qui a motivé de la part de certains chirurgiens des recommandations diverses qui ne peuvent trouver place ici. Qu'il suffise de savoir qu'il importe de ne laisser aucune portion d'iris entre les lèvres de l'incision, ce qui gênerait la cicatrisation. C'est à cause de la dextérité relative qu'exige ce temps de l'opération que certains chirurgiens préfèrent reséquer l'iris eux-mêmes et confier la pince à fixer à l'aide. Mais cette manœuvre a l'inconvénient de nécessiter de la part du chirurgien une sorte d'ambidextrie qui n'est pas à la portée de tout le monde, et est partant dangereuse.

A ce moment l'opération est terminée.

Il arrive souvent qu'en pratiquant l'incision scléroticale ou en excisant l'iris malade il s'écoule un peu de sang dans la chambre antérieure, sang provenant soit du canal de Schlemm, soit des vaisseaux propres de l'iris. Il est bon de chercher à l'évacuer. Cependant, si après deux ou trois tentatives on ne pouvait y réussir, il serait inutile de poursuivre cette manœuvre plus longtemps. Il est en effet fort rare qu'après quelques jours, ce sang ne soit pas résorbé.

Aussitôt tout cela terminé, on applique sur l'œil un bandeau

contentif et non compressif, composé d'une rondelle de toile appliquée sur les paupières; quelques plumasseaux de charpie très-fine pour combler la cavité au fond de laquelle se trouve placé l'organe opéré, et une bande de flanelle formant un monocle de deux tours environ. Il est bon, je crois, que le bandage, aussi bien dans ce cas que lorsqu'on l'applique après l'opération de la cataracte par extraction, *ne comprime point*, mais se borne simplement *à tendre la paupière supérieure d'un angle vers l'autre au devant du globe*, afin d'éviter simplement et d'une façon aussi peu gênante que possible pour le patient, le soulèvement de la cornée dans le point où siége la plaie, ce qui entraînerait infailliblement la suppuration et toutes ses funestes suites.

Le malade sera reconduit à son lit, où il devra rester environ vingt-quatre à trente heures; quelques potages, ou des aliments ne demandant point d'efforts de mastication, lui seront donnés, et, au bout du temps susdit, le bandage sera levé. Presque toujours il y aura réunion immédiate de la plaie.

Quant aux soins consécutifs, ils seront en rapport avec le développement ou non de symptômes inflammatoires.

Ces notions préliminaires une fois connues, entrons dans le corps même de notre sujet.

CHAPITRE II

IRIDECTOMIE OPTIQUE.

Les indications de l'iridectomie optique doivent être subdivisées elles-mêmes en : A. Indications générales; B. Indications spéciales.

A *Indications générales.* — Ces indications s'appliquent

aussi bien à l'iridectomie qu'à toute autre opération de pupille artificielle destinée à rétablir le passage des rayons lumineux interceptés par une cause quelconque.

Nous croyons plus profitable pour tous de puiser ces différentes données dans le livre de M. Wecker (1). Il est, en effet, difficile de discuter plus sérieusement et plus justement ces indications générales, et nous ne pourrions qu'être incomplet ou obscur en essayant cette tâche après un praticien aussi érudit.

« Faut-il pratiquer la pupille artificielle sur un œil lorsque l'autre voit distinctement ? On peut répondre affirmativement, si l'œil malade réunit des conditions favorables à l'opération, c'est-à-dire si l'on peut espérer une vision assez nette, et si l'on n'a pas à craindre une diffusion gênante des rayons lumineux. En rendant ainsi au sujet l'usage de l'œil affecté, alors même que l'acuité de la vue ne devrait pas être aussi grande de ce côté que de l'autre, on rétablit souvent la vision binoculaire, on élargit toujours notablement le champ visuel, et l'on permet au malade de s'orienter avec bien plus de facilité ; en outre, on enlève à l'œil l'aspect terne et morne qu'il présente.

» A cela on objectera peut-être qu'on peut redouter une diplopie, mais on n'a rien à craindre du moment où la transparence des milieux, l'intégrité de la réfraction et la conductibilité des éléments nerveux sont suffisamment conservées. Les rayons lumineux émanant d'un objet placé à une distance convenable d'un œil pourvu d'une pupille artificielle, donneront toujours, grâce à la déviation qu'ils éprouvent dans les milieux réfringents, leur image sur la tache jaune, dès que l'axe optique sera dirigé sur cet objet. Il est donc plus ou moins indifférent que la pupille soit centrale ou excentrique. Des recherches récentes de M. Knapp (de Heidelberg) ont démontré

(1) Ouvrage cité, t. I, p. 426, 427 et 428.

que les parties périphériques du cristallin peuvent encore fournir des images nettes, comme d'ailleurs M. Volkmann l'avait déjà donné à penser. La conformation de la périphérie de la cornée, lorsque celle-ci ne présente pas une anomalie de courbure soit congénitale, soit acquise (après la section de cette membrane), n'altère pas notablement la netteté de l'image produite à travers la pupille artificielle.

» Néanmoins, on a observé des cas de diplopie après l'opération de la pupille artificielle. Ce phénomène n'était pas dû, comme on le supposait il y a peu d'années, à ce que les rayons lumineux, après avoir traversé la nouvelle pupille, donnent leur image sur un autre point de la rétine que la tache jaune, même si l'axe optique avait été dirigé sur l'objet. La diplopie s'explique, chez ces personnes, par une déviation de l'axe optique du côté malade, déviation qui, par son peu d'intensité, a pu échapper à l'observateur avant l'opération, ou qui peut être le résultat de cette opération elle-même, comme nous le verrons tout à l'heure.

» Dans le premier cas, la déviation est en quelque sorte passive ; l'œil, privé de ses usages, s'abandonne aux tractions de ses muscles, pendant les mouvements de l'autre œil ; un de ces muscles, par suite de ses dispositions anatomiques, l'emporte bientôt sur les autres, et, en se rétractant, dévie la cornée de son côté. Ainsi, quand même on rouvrirait l'ancienne pupille, le malade verrait nécessairement double et, par conséquent, la diplopie ne provient ni de l'excentricité de la pupille ni du déplacement consécutif de l'image sur la rétine. C'est pourquoi l'on peut, soit par la ténotomie, soit par l'orthopédie des muscles de l'œil, à l'aide de prismes, faire disparaître la diplopie, si l'on arrive à diriger l'axe optique de l'œil mis en traitement sur l'objet fixé par l'œil sain.

» Dans un autre ordre de cas, l'opération de la pupille artificielle peut réellement produire une vision double et amener

un strabisme, mais elle n'y arrive qu'indirectement. Il est de fait que le fusionnement des images nécessaire à la vision binoculaire, ne peut s'accomplir avec facilité que quand les deux images sont à peu près également éclairées et également nettes. Si l'une d'elles offre un contour diffus, ou si elle s'est affaiblie par l'exclusion d'un certain nombre de rayons lumineux, le fusionnement ne s'effectue que difficilement, ou même pas du tout. En dernier lieu, on observe dans l'œil malade une tendance à éloigner de la tache jaune l'image défectueuse, et à la porter sur des parties périphériques de la rétine, où, ne donnant plus qu'une perception beaucoup moins sensible, elle puisse être négligée ou complétement supprimée. L'œil se trouve justement dans ces conditions, lorsqu'une tache semi-transparente recouvre une grande partie de la cornée et produit la diffusion des rayons lumineux. Souvent un leucome occupe les parties centrales de la cornée où, à un examen superficiel, il paraît limité ; mais l'éclairage oblique le montre encadré d'une zone semi-transparente, assez large et qui se dessine très-manifestement au devant de la nouvelle pupille.

» L'allongement unilatéral de l'axe optique peut produire le même résultat, s'il amène une différence notable dans la réfringence des deux yeux. Il en est de même lorsque le cristallin s'est échappé de l'œil, comme après une kératite ulcéreuse étendue. Que l'on pratique la pupille artificielle dans de semblables conditions, une vision double fort incommode en résultera facilement, et l'œil sera pris de strabisme consécutivement aux efforts que fera instinctivement le malade pour obvier à cet inconvénient ; mais dans ce cas, une pupille centrale, ou le rétablissement de l'ancienne pupille, auraient eu le même résultat, comme nous aurons occasion de le voir à propos de l'étiologie du strabisme, car celui-ci provient assez souvent de légères taches centrales, ou d'une différence notable survenue dans la réfrangibilité des yeux.

» Il n'est pas toujours facile de prévoir si les yeux sont dans d'assez bonnes conditions de transparence, de réfringence et de sensibilité pour qu'on puisse pratiquer avec avantage la pupille artificielle. Quant à la transparence de la cornée, l'éclairage oblique permet d'en juger; mais il n'en est pas ainsi du cristallin, lorsque la pupille est oblitérée, et l'on ne saurait, en pareil cas, se guider que sur la durée de l'inflammation et les changements produits dans le tissu de l'iris. »

Il est essentiel aussi de s'assurer de l'intégrité de la rétine. Pour arriver à ce résultat, le procédé qui nous paraît le plus recommandable est celui de M. de Graefe, qui consiste à se servir pour cet usage d'une source lumineuse diffuse étalée, d'intensité variée. On trouvera, du reste, ce procédé, qui ne fait pas partie de notre sujet, exposé dans la *Gazette hebdomadaire* (1).

Enfin, il est essentiel de donner à la nouvelle pupille de faibles dimensions, afin d'éviter les éblouissements par suite de l'agrandissement de la pupille et de son défaut de contractilité.

Il faut donner à la nouvelle pupille une position aussi rapprochée que possible du point normal. On doit préférer pour la corémorphose le côté interne, cependant il est de règle de la placer vis-à-vis du point le plus transparent de la cornée. Ainsi, par exemple, quand le seul point transparent de la cornée est la partie supérieure, quoique cette partie disparaisse généralement sous la paupière, il faut néanmoins y placer la pupille, en se réservant de pratiquer ultérieurement la ténotomie du muscle droit supérieur.

Si l'opération est faite sur les deux yeux à la fois, il faut donner aux nouvelles pupilles des positions symétriques : toutes deux en dedans, ou toutes deux en dehors.

(1) Tome X, p. 394.

B. *Indications spéciales.* — Elles sont au nombre de deux : 1° les opacités de la cornée ; 2° les occlusions pupillaires.

1° *Opacités de la cornée.* Elles se distinguent en A. *Opacités simples*, ou B. *Opacités compliquées d'adhérences de l'iris.*

A. *Opacités simples.* — On posait jadis les indications de l'iridectomie dans ce cas, sur ce que la partie transparente de la cornée était située à la partie interne, ou à la partie externe. Lorsque la partie interne était transparente, on pratiquait le décollement ou *iridodialysie*. C'est à mon père qu'appartient d'avoir érigé l'iridectomie du côté interne à l'état de méthode, en la pratiquant à l'aide d'instruments fortement courbés passés par-dessus le nez. Mais aujourd'hui ces deux méthodes sont à peu près tombées en désuétude, pour le cas qui nous occupe. L'inconvénient d'avoir une pupille large et immobile leur a fait préférer un autre procédé, l'*iridésis* ou déplacement de la pupille normale par enclavement d'une partie de l'iris dans une plaie cornéenne, toutes les fois que la pupille normale est parfaitement intacte et mobile. Ce procédé a en effet l'avantage de laisser à la pupille une contractilité très-satisfaisante. Il ne nous appartient pas d'en donner ici la description, et nous renvoyons pour cela aux traités récents d'ophthalmologie.

B. *Opacité compliquée d'adhérence de l'iris.* — C'est à ces cas seulement qu'est réservée l'iridectomie. Lorsqu'il reste encore une partie plus ou moins grande de l'ancienne pupille normale, il est de règle de ne chercher qu'à agrandir celle-ci. Mais lorsqu'il ne reste plus aucun vestige de cette ouverture, on doit pratiquer l'opération derrière le point de la cornée le plus transparent, en même temps qu'on doit choisir la partie de l'iris la moins tendue et se garder de chercher à déchirer les adhérences, car souvent celles-ci sont doubles, c'est-à-dire que l'iris adhère à la cornée et à la cristalloïde antérieure. On pourrait par la manœuvre en question s'exposer

à blesser cette dernière membrane et à provoquer ainsi la formation d'une cataracte ; ce n'est que lorsqu'on sera convaincu de l'absence de la lentille qu'il sera permis d'essayer de détacher les adhérences. Nous conseillerons dans ce cas de se servir de préférence d'un petit crochet de Jaeger pour attirer l'iris au dehors plutôt que de la pince, car cette membrane est souvent si tendue, qu'il est très-difficile de la saisir avec ce dernier instrument. Enfin il faut combiner ces diverses indications avec celles de la pupille artificielle, en général.

On devra préférer à l'iridectomie, l'iridodialysie, lorsque l'espace transparent qui existe dans la cornée est si petit que l'on craint de le voir encore s'obscurcir à la suite de l'incision nécessaire pour pénétrer dans la chambre antérieure. Cependant cette crainte sera considérablement diminuée, si on a le soin de faire cette incision dans la sclérotique, comme nous l'avons recommandé en traitant du manuel opératoire.

2° *Occlusions pupillaires.* — Toutes les fois que l'état de la vision fera espérer un rétablissement satisfaisant, l'opération est indiquée. Nous n'y insisterons pas davantage, ayant l'occasion d'y revenir à propos des maladies de l'iris.

CHAPITRE III

IRIDECTOMIE THÉRAPEUTIQUE.

Ici, aussi bien que pour le chapitre précédent, il convient de diviser les indications de l'opération en A. *Indications générales* et B. *Indications spéciales.*

A. *Indications générales.* — Comme moyen thérapeutique, l'iridectomie semble présenter trois actions diverses, et qui, combinées, sont aptes à remédier aux différentes affections contre lesquelles elle a été prônée. Cependant pour bien des

cas, comme nous aurons l'occasion de le montrer, son emploi est loin de nous paraître justifié. Les trois actions sont : 1° *Diminuer la pression intra-oculaire* ; quoiqu'on ne sache pas au juste à quoi attribuer cette action de l'opération, la rémission que l'on observe dans cette manifestation, en maintes circonstances, prouve bien cependant qu'elle agit en ce sens. Il y a plus : ce qui permet presque d'affirmer cette action, c'est que partout où des manœuvres tendant à amener ce résultat, telles que la paracentèse et les instillations narcotiques, ne produisent qu'un mieux passager, nous voyons l'iridectomie amener des résultats durables. 2° *Faire une émission sanguine aussi locale que possible.* Cette opinion, émise par divers auteurs, et par mon père en particulier, trouve une raison d'être soutenue, en ce que presque toujours, lorsqu'on pénètre dans la chambre antérieure par la sclérotique à 1 millimètre ou 1 millimètre et demi du bord de la cornée, la section intéresse le canal de Schlemm. On conclut de là que l'écoulement sanguin qui en résulte agit d'une façon favorable en amenant une déplétion du système veineux intra-oculaire. 3° *L'iridectomie aurait le privilége d'exercer une action thérapeutique spéciale.* Impossible d'expliquer cette action par le raisonnement, mais certains faits tendraient à lui donner une certaine valeur. Au contraire de ce que nous avons dit dans le chapitre précédent, eu égard aux dimensions à donner à l'excision de l'iris et au point où il est convenable que celle-ci s'arrête, et que l'incision des enveloppes soit pratiquée, il est ici d'une rigoureuse nécessité : 1° que le lambeau d'iris coupé soit aussi large que possible ; 2° que ce lambeau soit excisé jusqu'à l'extrême périphérie de l'iris ; 3° que l'incision aux enveloppes siége toujours dans la sclérotique, à 1 millimètre ou 1 millimètre et demi du bord de la cornée, afin de pénétrer dans la chambre antérieure au niveau de la jonction de l'iris et du corps ciliaire. Nous croyons inutile d'entrer ici dans de plus

longs développements, attendu qu'ils trouveront naturellement leur place dans les indications spéciales à chaque maladie, et surtout à l'article GLAUCOME.

B. *Indications spéciales.* — Elles doivent être divisées en autant de subdivisions qu'il y a de parties constituantes dans le globe oculaire, moins toutefois la conjonctive, les muscles et les tutamina, contre les maladies desquels, cela se conçoit sans peine, l'iridoctomie ne peut avoir aucune action.

Nous traiterons donc successivement de l'iridectomie appliquée aux maladies : 1° de la cornée, 2° de l'iris, 3° de la choroïde, 4° de la sclérotique.

Pour les maladies du corps vitré et de la rétine, l'iridectomie n'a pas encore, que je sache, été proposée à leur traitement. Quant aux affections du cristallin, on trouvera ce qui s'y rapporte dans la troisième partie de ce travail.

ARTICLE PREMIER.

MALADIES DE LA CORNÉE.

§ 1. — Ulcères.

Ici encore, je crois préférable de citer le passage du livre de M. Wecker, qui a trait à ce point de notre sujet et est la fidèle reproduction des nouvelles doctrines ophthalmologiques. « Si l'on voit que cette simple opération (la paracentèse), faite deux ou trois fois, ne parvient pas à arrêter les progrès rapides de la maladie (l'hypopion suite d'ulcère), il faut, pour détendre la cornée pendant un temps assez considérable et pour faciliter la guérison, recourir à une large iridectomie. D'ailleurs, on doit nécessairement en venir à cette opération, puisqu'un large ulcère accompagné d'une suppuration aussi considérable laisse toujours sur la cornée une opacité assez étendue pour nécessiter l'ouverture d'une pupille artificielle. Pourquoi donc, forcé d'en arriver là, ne laisserait-on pas pendant la période aiguë

de la kératite, le malade jouir des bénéfices que cette opération peut avoir pour lui, comme moyen antiphlogistique?

« L'emplacement de la nouvelle pupille dépendra du siége de l'ulcère, mais on aura toujours soin, dans l'intérêt de la vision, d'exciser autant que possible la partie interne de l'iris (1). »

Nous ne saurions aucunement nous ranger à cet avis, bien qu'il soit vrai qu'il faille recourir plus tard à une pupille artificielle pour rétablir la vision, la valeur antiphlogistique de l'iridectomie, contre les ulcères de la cornée, pas plus que contre les autres affections inflammatoires de cette membrane, ne nous semble pas suffisamment démontrée. Nous avons toujours pu, lorsque les malades ne se présentaient pas à la période ultime de l'affection, arriver à la guérir sans autre opération que l'évacuation du contenu de la chambre antérieure, pus et humeur aqueuse ; d'autant que, pour nous, nous aurons longtemps encore de la peine à nous décider à opérer au milieu des phénomènes d'acuité d'une inflammation. A notre avis, c'est là une pratique grosse de dangers.

Encore moins voudrons-nous imiter M. Rob. Carter, de Stroud (Angleterre), qui dit (2) avoir plusieurs fois traité avec plein succès des ulcères plus ou moins étendus, traumatiques ou non, par l'iridectomie, à l'exclusion de tout autre moyen !!

Ah ! si l'ulcération était large et profonde, qu'il y eût imminence de perforation, et partant, qu'on eût à redouter les suites fâcheuses d'un semblable accident, peut-être devrait-on recourir à l'iridectomie ? Et encore, pour nous, nous préférerions la simple paracentèse de l'ulcère lui-même, avec instillation d'une forte solution d'atropine, car je crois que l'on aurait à craindre de provoquer, précisément au milieu de l'opération et du fait même des manœuvres qu'elle nécessite sur l'œil, la

(1) Voyez tome I, p. 311.
(2) *Med. Times and Gazette*, 1863, vol. I, p. 503 et 504.

production de l'accident qu'on chercherait à combattre. Il faut attendre ici que le temps ait fait justice de l'une ou l'autre de ces trois façons d'agir.

§ 2. — Staphylôme pellucide; kératoconus, ou cornée conique.

Ici encore, quand on a vu qu'à l'aide de petites cautérisations, avec un crayon de nitrate d'argent pointu, sur le sommet de la tumeur, et surtout sur la petite opacité qu'on y rencontre presque toujours, la maladie, si elle ne rétrograde point, ne subit pas du moins un arrêt dans sa marche, cela indique suffisamment que la cornée subit une distension de par l'excès de pression intra-oculaire et que c'est contre cette dernière qu'il faut agir. L'iridectomie semblerait remplir cette indication, car on sait que l'opinion la plus répandue aujourd'hui sur le mode d'action de cette opération, comme nous le montrerons à l'article Glaucome, est précisément celle qui attribuerait à cette opération une action dirigée dans ce sens. Mais ici se présente naturellement à l'esprit la question suivante : *A quel moment de la maladie est-il opportun de pratiquer l'opération?* Si l'on ne considère que la partie purement théorique, celle où il s'agit d'obtenir le résultat cherché, c'est-à-dire la diminution de la pression intra-oculaire, afin d'enrayer les progrès du mal, il est clair que c'est au début de l'affection qu'elle sera suivie des meilleurs résultats. Mais, on doit l'avouer, il est toujours douloureux de soumettre les malades à une opération sans avoir épuisé contre leur mal les ressources de la thérapeutique. Cependant, nous devons le dire, ces dernières ressources sont si faibles dans le cas qui nous occupe, que nous ne saurions trop recommander ici, comme pour le glaucome, de pratiquer l'excision de l'iris aussitôt que possible. Mais un sérieux inconvénient de l'opération est l'élargissement de la pupille et les éblouissements qui en résultent, d'autant que la contracti-

lité du sphincter iridien est considérablement diminuée, sinon abolie ; mais, en cas d'urgence, on est toujours à même de faire porter aux malades des lunettes à mydriasis, et l'on sera d'autant plus fondé d'avoir recours à ce dernier moyen, que chacun sait que le changement de courbure des surfaces de la cornée, dans la cornée conique, est une cause d'astigmatisme; or, on sait que les malades atteints de cette dernière affection, voient leur vue s'améliorer considérablement, lorsqu'ils regardent à travers la fente étroite d'une lunette sténopéique. C'est dans ce but que M. Bowmann avait proposé de donner à la pupille la forme d'une fente étroite, semblable à celle de l'œil du chat, en pratiquant une double iridésis, dirigée soit dans le sens vertical, soit dans le sens horizontal. Mais nous ne pensons pas que ce procédé opératoire ait une action thérapeutique comparable à celle de l'iridectomie, au point de vue de l'enrayement de la principale cause efficiente de la maladie. Suivant nous, en appliquant l'iridectomie, soit à l'extrémité interne du diamètre horizontal, soit à l'extrémité supérieure du diamètre vertical, on obtiendra l'arrêt du développement de la maladie, en même temps que, à l'aide d'une lunette à mydriasis ne présentant qu'une seule fente, on pourrait réagir à la fois, et contre les inconvénients des agrandissements de la pupille, et contre l'astigmatisme, surtout si on a le soin de placer la nouvelle pupille à l'extrémité du diamètre suivant lequel le trouble de la réfraction est le plus prononcé.

ARTICLE II.

MALADIES DE L'IRIS.

§ 1. — Iritis.

Les diverses espèces d'iritis, telles que l'iritisséreuse, parenchymateuse, phlegmoneuse ou syphilitique, au point de vue thérapeutique, n'ont qu'une mince importance. La seule dis-

tinction à établir consiste à diviser l'inflammation de l'iris en aiguë ou chronique. On sait, en effet, que le premier de ces deux états est caractérisé par la prédominance de certains symptômes inflammatoires qui font défaut dans le second, tels sont l'injection sous-conjonctivale et périkératique, la photophobie, les douleurs intenses oculaires ou circum-orbitaires.

L'iris est décoloré, sa structure modifiée en ce sens, qu'à sa texture nettement rayée succède un engorgement comme œdémateux, qui transforme son parenchyme en une masse lisse et gonflée, au milieu de laquelle il n'est plus possible d'apercevoir les fibres radiées ou circulaires, de même qu'on n'y distingue plus de délimitation exacte entre le grand et le petit cercle. Une exception cependant à ce dernier caractère doit être établie à l'égard de l'iritis syphilitique, dans laquelle on rencontre constamment une teinte particulière du petit cercle de l'iris, lequel est d'un rouge de cuivre. Quelquefois on peut voir survenir une iritis pendant le cours de la syphilis, et quoique cette teinte particulière du petit cercle fasse défaut, on n'est pas autorisé à admettre que cette iritis n'est pas due à l'affection générale. Inversement, on ne doit pas conclure qu'une iritis survenant pendant le cours de l'affection vénérienne, et ne présentant pas la teinte en question du petit cercle, est néanmoins due à la syphilis. Il peut en effet n'y avoir là qu'une simple coïncidence et non une causalité. Mais toutes les fois qu'on rencontrera la manifestation dont nous parlons, on pourra être certain que l'iritis est de nature spéciale.

L'iritis chronique au contraire se caractérise par l'absence de symptômes inflammatoires et de douleur, et surtout par des fausses membranes plus ou moins étendues et épaisses dans le champ pupillaire, une désorganisation plus ou moins complète de la structure intime de l'iris, dont les fibres radiées et circulaires sont confondues en un tissu rugueux présentant des saillies et des dépressions, qui témoignent de l'épanche-

ment d'une matière plastique dans l'épaisseur même de l'iris, et indiquent suffisamment une inflammation aiguë antérieure.

Des adhérences plus ou moins fortes peuvent exister entre la face postérieure de l'iris et la cristalloïde antérieure, jusqu'à empêcher complétement une dilatation même partielle de la pupille, en admettant que le champ pupillaire ne soit pas, comme il arrive souvent, entièrement occupé par une fausse membrane, ou que même, ainsi qu'on le voit parfois, la pupille ne soit pas complétement atrésiée.

Voyons maintenant quelle est la valeur de l'iridectomie appliquée au traitement de ces deux formes d'iritis. Dans l'iritis aiguë, lorsqu'on verra que par un traitement médical antiphlogistique, par les instillations réitérées d'une solution d'atropine, et malgré que la dilatation de la pupille soit portée à ses dernières limites, il y a une tendance marquée aux exsudations dans le champ pupillaire et qu'en même temps on voit un commencement de rétrécissement du champ visuel, on recommande d'avoir recours à l'excision de l'iris, en se basant sur ce que cette opération amènerait une détente dans l'œil, l'évacuation du contenu de la chambre antérieure, une émission sanguine aussi locale que possible, qui auraient le pouvoir de faire changer la maladie de caractère. Nous devons avouer que nous ne pouvons pas, quant à présent du moins, partager cette manière de voir. Pour nous, nous considérons comme intempestif d'opérer au milieu de la période inflammatoire. Si cependant on jugeait l'évacuation de la chambre antérieure comme nécessaire, soit pour faciliter l'absorption de l'atropine, soit pour faire cesser la pression intra-oculaire, si l'on en trouvait les symptômes, c'est-à-dire la dureté du globe et la douleur accusée par le malade, des paracentèses de la cornée, répétées à des intervalles variables, seraient, croyons-nous, suffisantes. Au milieu de la période inflammatoire, surtout s'il y a de la tendance à l'exsudation, on doit s'abstenir de l'opération ;

car si déjà l'exsudation se fait à travers le tissu iridien intact, à plus forte raison se fera-t-elle si l'on y pratique une perte de substance par les bords de laquelle le liquide exsudé trouve une libre issue. On conçoit que cette exsudation n'en peut être que plus abondante, et l'on ne comprend pas comment une manœuvre tendant à favoriser une exsudation, puisse être capable de la combattre.

Mais une pratique contre laquelle on ne saurait trop s'élever est celle qui consiste à pratiquer l'opération dont il s'agit, pendant le cours d'une iritis syphilitique. Personne n'ignore en effet que de tout temps les chirurgiens, lorsqu'ils avaient une opération à ·pratiquer sur un sujet atteint de cette affection, ont toujours attendu que la maladie soit, sinon guérie, du moins que les manifestations en soient détruites. Je ne sache pas, qu'à cet égard, les principes de la chirurgie aient changé dans les temps récents, et que qui que ce soit songe encore aujourd'hui à pratiquer une opération, au milieu du cours de la syphilis. Si cela est vrai pour les opérations pratiquées sur le reste du corps, à plus forte raison cela doit-il l'être pour un organe aussi délicat que l'œil, et surtout pour l'une de ses parties les plus sensibles et les plus vasculaires.

Une dernière raison enfin pour laquelle nous proscrivons l'opération dans les iritis aiguës, c'est la douleur qu'elle occasionne. Déjà lorsqu'on pratique cette opération en dehors de tout symptôme inflammatoire, chacun sait qu'elle est assez douloureuse. A plus forte raison ces douleurs seront exagérées, par le surcroît de sensibilité que tout état aigu entraîne à sa suite. Si ce que je viens de dire est vrai pour l'iritis aiguë, il n'en est plus de même de l'iritis chronique.

Lorsqu'à la suite d'une iritis violente, de nombreuses synéchies postérieures, ainsi que des fausses membranes plus ou moins épaisses, ont été déposées à la face postérieure de l'iris et sur la cristalloïde antérieure, et ont par là agglutiné ces

deux membranes ensemble, il est facile de comprendre que, si la pupille n'a pas été complétement oblitérée, elle est du moins devenue immobile, ou presque immobile. Sous l'influence des rayons lumineux, l'iris tend à se contracter ou à s'élargir, et réagit par conséquent contre les adhérences qui tendent à l'immobiliser. Il en résulte un antagonisme, une lutte, où le tissu plastique agglutinatif l'emportera évidemment.

Cette lutte occasionne dans l'iris une irritation pour ainsi dire continue, qui expose cette membrane à des rechutes perpétuelles. Il y a plus : on aura beau agir contre l'affection, ou contre ses rechutes, entretenue qu'elle est par des produits qui lui doivent leur existence, il est évident que les exsudations n'auront d'autre tendance que celle de s'accroître jusqu'à amener l'occlusion ou l'obstruction de la pupille. Là l'opération sera indiquée, et d'autant plus qu'elle aura deux buts : 1° Rouvrir un passage aux rayons lumineux, si la pupille normale est fermée ou insuffisante ; 2° combattre par une action spéciale l'inflammation chronique. Mais ici il faut se garder de chercher à entraîner au dehors le sphincter iridien en le saisissant lui-même et en l'attirant par une traction brusque. Au contraire, il faut tâcher de saisir l'iris à un millimètre environ du bord pupillaire et n'exercer qu'une traction très-modérée, absolument comme s'il s'agissait d'un iris normal. En effet, de trois choses l'une : 1° Si les adhérences sont fortes, que l'exsudation post-iridienne soit considérable et les fausses membranes très-épaisses, en opérant une trop forte traction, on est exposé à décoller l'iris à son bord adhérent dans le point opposé à celui où l'on opère. 2° Si les exsudations sont limitées au bord pupillaire, mais qu'elles unissent fortement l'iris à la cristalloïde, tout en laissant cette dernière membrane parfaitement saine, et transparente à son centre, on est exposé à déchirer la cristalloïde, et à donner ainsi naissance à une cataracte traumatique, ou à luxer la lentille. 3° Enfin, si les adhé-

rences sont faibles ou qu'elles soient à l'état de simples synéchies postérieures, lorsqu'on attire l'iris au dehors, comme je viens de le dire, le bord pupillaire suivra le reste de l'iris. C'est là, comme on le voit, une modification du manuel opératoire, qui demande de la part du chirurgien autant de justesse de diagnostic que d'habileté d'exécution, car il est souvent difficile, surtout lorsqu'on a affaire à un iris très-épais, de pouvoir le saisir d'une façon déterminée. Cependant, avec un peu d'habitude et d'attention, on y parviendra facilement.

§ 2. — Irido-choroïdite ou cyclite.

Ici encore nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de citer textuellement le passage du livre de M. Wecker (1) qui a rapport au traitement de cette redoutable affection. Ce n'est, en effet, que d'une connaissance exacte du mode de traitement et des différentes manifestations qui peuvent se produire dans le cours de la maladie, que l'on pourra arriver à connaître exactement les cas où l'iridectomie peut donner de bons résultats. Et nous faisons cela d'autant plus volontiers que c'est la reproduction aussi exacte que possible des opinions et des travaux de M. de Graefe, qui est celui qui a le plus contribué à poser les bases d'un traitement rationnel donnant le plus de succès.

« La plupart des malades, ou par insouciance, ou parce qu'ils se sont peu inquiétés des premiers symptômes de leur maladie, ne viennent consulter le médecin qu'à une époque où des changements considérables se sont déjà opérés dans le tissu de l'iris et de la choroïde, et où le corps vitré, occupé par des opacités multiples, dénote une altération notable de sa nutrition.

» Quant à ce qui regarde le traitement de l'*irido-choroïdite plastique*, nous renvoyons à celui des formes d'iritis graves. Le mercure doit, sauf quelques exceptions réclamées par l'état général du malade, servir dans presque tous les cas ; les trans-

(1) Ouvrage cité, p. 390.

pirations prolongées sont aussi du meilleur effet. Lorsque le malade, en se mettant en traitement, présente soit des synéchies multiples, soit même une synéchie postérieure totale, il ne faut pas perdre son temps à un traitement médical, et l'on doit pratiquer immédiatement l'iridectomie. L'opération doit être exécutée, dans ce cas, de manière à comprendre dans l'incision une partie considérable de l'iris ; et l'iridectomie une fois terminée, il faut rechercher si l'emplacement de la nouvelle pupille n'est pas obstrué en partie par des masses exsudatives, car on courrait alors le danger de la voir s'oblitérer. Les bords de la nouvelle pupille s'enflamment, ainsi que les masses néoplastiques et vasculaires qui occupent l'ouverture pratiquée par l'opérateur. Aussitôt la nouvelle pupille oblitérée, il faut recourir à une seconde et, quelquefois, chez certains sujets, à plusieurs opérations successives pour atteindre le but qu'on se propose, et si l'on y arrive, non-seulement la maladie s'arrête, mais les altérations qu'elle a produites commencent à disparaître.

» L'*irido-choroïdite séreuse*, qui s'accompagne souvent d'une augmentation dans la pression intra-oculaire, exige pour cette raison une surveillance particulière. Nous employons ici le traitement indiqué contre l'iritis séreuse, en y ajoutant avec avantage, surtout au moment des poussées inflammatoires, des déplétions sanguines au moyen de la sangsue artificielle. D'ailleurs il faut toujours se tenir prêt à pratiquer des paracentèses réitérées, ou même l'iridectomie s'il survenait des symptômes de glaucome.

» L'irido-choroïdite purulente cède, dans les cas où elle n'est pas trop violente, à un traitement antiphlogistique très-énergique, mais il n'en est pas ainsi lorsque cette inflammation est la conséquence d'une opération. Alors, surtout s'il s'agit de personnes âgées ou débiles, on a souvent observé que l'emploi de compresses ou des cataplasmes chauds, de même que la médication tonique, sont d'un meilleur effet que le traitement

antiphlogistique. Lorsque la cyclite est entretenue par la présence d'un corps étranger (le cristallin abaissé peut être considéré comme tel), tout traitement reste inutile si l'on ne parvient pas à supprimer la cause nuisible. Dans ce but, on est souvent obligé d'exciser une portion de l'iris et d'extraire le cristallin, si le corps étranger s'y est logé ou l'a blessé en pénétrant dans l'œil. Si l'on ne peut y parvenir, cet organe est presque irrévocablement perdu, il ne reste alors qu'à s'efforcer de tout son pouvoir de prévenir l'influence fâcheuse que l'état de cet œil pourrait exercer sur l'autre.

§ 3. — Corps étrangers et kystes de l'iris.

a. *Corps étrangers.* — Lorsqu'un corps étranger, après avoir traversé la cornée et la chambre antérieure, est venu se loger dans l'iris et que, en faisant brusquement écouler l'humeur aqueuse sous forme de jet au moyen de la paracentèse de la cornée, le corps étranger n'aura pas été entraîné, soit parce qu'il aura contracté des adhérences avec l'iris, soit parce qu'il sera trop profondément enclavé au milieu de son tissu, il faudra recourir à l'excision de la partie d'iris contenant le corps étranger. Seulement ici, il est inutile de faire l'ablation d'un trop grand morceau de l'iris à cause des inconvénients que présentent toujours l'agrandissement et la plus ou moins complète absence de contraction de la pupille (voy. p. 30). Il faudra prendre garde que, pendant l'opération, le corps étranger ne quitte l'iris et ne se plonge dans une partie de l'œil où il ne serait plus accessible aux instruments ; on comprend facilement quels dangers présenterait un semblable accident.

b. *Kystes.* — Quoique très-rares, il en existe cependant des exemples. Pour agir contre eux, on a le choix entre deux méthodes : 1° la simple ponction, si l'on veut uniquement empêcher la gêne, les douleurs et les troubles fonctionnels qu'ils peuvent amener par leur développement ; mais cette méthode

n'empêche pas le kyste de se reproduire ; 2° l'excision du kyste et de la partie de l'iris dans laquelle il siége. Cette dernière méthode nous semble devoir être préférée, car elle a, on le comprend, sur la précédente, l'avantage de mettre à l'abri des récidives.

ARTICLE III.

MALADIES DE LA CHOROÏDE.

§ 1. — Glaucome.

Tant d'écrits divers ont reçu le jour du fait même de cette affection et de son traitement par l'iridectomie, que je ne crois pas utile d'entrer ici dans de très-longs développements.

Deux points me paraissent surtout devoir être nettement précisés et élucidés :

1° *Diagnostic différentiel du glaucome aigu et du glaucome chronique.*

2° *Les résultats heureux de l'iridectomie appliquée au traitement du glaucome étant un fait acquis, à quel moment doit-on la pratiquer, et quel résultat est-on en droit d'en attendre suivant la période pendant laquelle on y aura eu recours ?*

Voilà quels sont à mon avis les deux seuls points en litige, car il ne peut plus aujourd'hui venir à l'idée d'aucun esprit sérieux de nier les effets de l'opération.

Quant au mode d'action de l'iridectomie appliquée au glaucome, c'est là un point encore fort obscur et qui ne pourra être élucidé que par des recherches ultérieures.

1° *Diagnostic du glaucome aigu et du glaucome chronique.* — Nous n'avons pas l'intention de donner ici une description complète de cette affection, notre sujet ne la comporte pas d'ailleurs ; mais il nous semble urgent de donner une énumération succincte des symptômes et surtout de différencier ceux du glaucome aigu d'avec ceux du glaucome chronique. Ceux,

du reste, qui voudront avoir une description complète de la maladie, ainsi que l'analyse de toutes les opinions sur sa nature, n'auront qu'à se reporter à l'excellente thèse de mon ami le docteur Jeaumes (1).

A. *Glaucome aigu.* — Il se développe souvent brusquement, mais il présente généralement des symptômes précurseurs. Le premier de ces symptômes est une presbytie, sorte de trouble fonctionnel du muscle ciliaire. Quelquefois aussi on note une hypermétropie due au raccourcissement de l'axe optique, par suite de l'augmentation de pression intra-oculaire. Le second signe précurseur est l'apparition autour de la flamme d'une bougie, par exemple, de cercles irisés, surtout lors de la dilatation de la pupille. Ce signe est utile, car il manque toujours dans le glaucome chronique lorsque les milieux sont troubles. Le troisième prodrome de la maladie consiste en un affaiblissement de la vision excentrique, une sorte de rétrécissement du champ visuel; les malades voient les objets comme entourés d'un nuage; enfin des douleurs intenses occupant le front et la tempe et reparaissant périodiquement. Tous ces signes peuvent précéder de longtemps la véritable attaque glaucomateuse.

Celle-ci est caractérisée par les symptômes suivants : douleurs oculo-circumorbitaires intolérables; injection conjonctivale prononcée ; les veines ciliaires se gorgent de sang ; larmoiement considérable. Reflet terne de la cornée ; humeur aqueuse trouble ; pupille dilatée, présentant une teinte grisâtre et une déformation ovalaire transversale. L'iris et le cristallin sont fortement poussés en avant ; la chambre antérieure est diminuée. Par le toucher, on note une grande dureté du globe ainsi que l'insensibilité de la cornée. Rétrécissement rapide du champ visuel, enfin des photopsies.

(1) *Du Glaucome*, thèse de doctorat. Montpellier, 1861.

Ces divers symptômes peuvent se produire très-rapidement, dans l'espace d'une nuit ou de quelques heures par exemple. D'autres fois la vue est seulement considérablement affaiblie.

La durée de cette attaque est variable. Peu à peu ces diverses manifestations se dissipent, la dureté du globe diminue, la sensibilité de la cornée revient et la vue se rétablit en tout ou en partie satisfaisante. On note cependant presque toujours un rétrécissement du champ visuel. Tout rentrant dans l'ordre, le malade se croit guéri. Mais bientôt survient une autre crise. Le champ visuel se rétrécit encore, la vision s'affaiblit de plus en plus.

L'examen à l'ophthalmoscope, presque toujours impossible dans le courant de l'attaque, devient praticable pendant une période de rémission. Alors sur la rétine apparaissent des ecchymoses ayant surtout pour siége le voisinage des grosses veines. Quant à la papille, elle est devenue jaune grisâtre, ses veines sont larges et flexueuses, ses artères présentent des battements spontanés. Mais un fait capital est que la *papille n'est pas excavée*, du moins lorsqu'on examine peu de temps après la première attaque, et ce n'est qu'après plusieurs attaques successives, lorsque la maladie tend à passer à l'état chronique, qu'il est possible d'observer cette altération.

B. *Glaucome chronique inflammatoire.* — Ce qui différencie cette forme de glaucome de la forme aiguë, c'est l'absence des phénomènes inflammatoires sous forme d'accès. Presque toujours on rencontre les symptômes précurseurs, et l'œil présente dès l'abord l'état consécutif à plusieurs attaques de glaucome aigu. La cornée se ternit et semble dépolie ; l'iris se rétracte jusqu'à ne plus représenter qu'un limbe étroit, d'où l'extrême dilatation de la pupille. La chambre antérieure se rétrécit par la saillie qu'y forment l'iris et le cristallin poussés par la pression interne. En examinant l'œil par le côté, on voit que c'est à peine si l'iris n'est pas en contact avec la face postérieure de la cornée.

Enfin l'humeur aqueuse est trouble. A une période plus avancée, on voit survenir une cataracte. Le cristallin présente une coloration verdâtre particulière, caractéristique, en même temps que la pupille se déforme.

Les malades, même lorsque leur vue est abolie, n'accusent que peu ou point de douleurs. Les milieux réfringents se troublent, parfois momentanément, quelquefois aussi pour toujours. Le trouble envahit d'abord le corps vitré, puis bientôt après le cristallin.

Mais les deux symptômes qui distinguent le mieux le glaucome inflammatoire chronique du glaucome aigu, sont le rétrécissement progressif du champ visuel et l'excavation de la papille. Et ces deux symptômes présentent cela de particulier que plus l'un se prononce et plus l'autre augmente, ce qui s'explique par la communauté de cause, c'est-à-dire la pression interne. Le rétrécissement que subit le champ visuel débute généralement à la partie interne pour gagner successivement la partie inférieure, puis la supérieure. C'est à la partie externe qu'il persiste le plus longtemps.

C'est avec ce rétrécissement du champ visuel que coïncide l'excavation de la papille, que nous n'avens pas besoin de décrire ici, cette description se trouvant dans tous les traités et dans tous les ouvrages ayant trait à cette affection.

C. *Glaucome chronique proprement dit.* — Ce qui le distingue surtout des deux formes précédentes, c'est la transparence des milieux réfringents. La pupille est irrégulièrement dilatée, l'iris peu mobile. Parfois on note un peu de trouble de l'humeur aqueuse. Les malades n'accusent aucune douleur; l'œil est très-dur au toucher. A l'ophthalmoscope, on trouve l'excavation de la papille à son comble. En même temps un caractère particulier est le *rétrécissement concentrique* du champ visuel.

Tels sont les caractères essentiels qui distinguent les diffé-

rentes formes de glaucome entre elles. Il va sans dire que tous ces symptômes peuvent ne pas être réunis, mais cependant ils sont tous assez tranchés pour que, lorsqu'on en rencontre quelques-uns, on soit admis à conclure en faveur de l'une des trois formes.

Voyons maintenant de quelle valeur est l'iridectomie appliquée au traitement de cette affection.

De tout temps on avait admis la nature inflammatoire du glaucome. Seulement on n'en connaissait que deux formes, celle que nous avons désignée, ainsi que tout le monde s'accorde à le faire aujourd'hui, sous le nom de *glaucome chronique proprement dit* ou glaucome chronique simple, et qui portait le nom d'amaurose glaucomateuse ; et celle qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de *glaucome chronique inflammatoire* et qui naguère était désignée sous le nom de *glaucome proprement dit.* Quant à la première forme, le glaucome aigu, on le désignait sous le nom *d'ophthalmie arthritique*, nom que lui avait imposé Beer et qui avait été généralement adopté par ses élèves.

Contre ces trois formes, tout le monde s'accordait à agir par un traitement antiphlogistique et dérivatif. Mais malgré tous les efforts, la vision finissait toujours tôt ou tard par être abolie. Frappé de la dureté du globe et convaincu qu'elle était due à la tension intra-oculaire, M. de Graefe avait essayé contre elle les paracentèses réitérées et l'instillation longtemps prolongée de l'atropine ; mais voyant que ces moyens ne donnaient qu'un résultat trop passager et que l'état primitif ne tardait pas à se reproduire, il songea à un moyen plus radical. Il avait vu que dans d'autres affections déjà, l'irido-choroïdite (p. 36), les ulcères de la cornée étendus et profonds (p. 28), le staphylôme pellucide (p. 30), on obtenait des résultats vraiment remarquables de l'iridectomie qui faisait disparaître ou diminuait la pression intra-ocu-

laire dont ces diverses maladies s'accompagnent presque toujours. Il tenta alors d'appliquer l'iridectomie au traitement du glaucome. Les résultats confirmèrent ses prévisions, et bientôt ce moyen fut universellement adopté. Ce n'est donc pas, comme on le voit, par le hasard et en se fondant sur ce que les malades n'avaient rien à y perdre, mais pouvaient y gagner quelque chose, comme quelques médecins l'ont prétendu, qu'il arriva à la découverte vraiment admirable qui l'a placé au premier rang des ophthalmologistes.

Ces quelques mots dits, étant une fois avéré et admis comme certain que l'iridectomie est à peu près le seul moyen à opposer au glaucome, tâchons d'en poser les indications.

Pour le glaucome aigu, on recommande d'opérer le plus tôt possible, aussitôt même que la maladie se déclare, car, dit-on avec quelque raison, chaque jour de retard diminue les chances de succès, ou du moins, en laissant agir plus longtemps la cause efficiente de la maladie, compromet la vision ultérieure. Cependant, toutes les fois que l'opération a été pratiquée dans la première quinzaine après la première attaque, elle a été suivie du rétablissement complet de la vue, alors même que celle-ci n'existait plus qu'à l'état de perception de la lumière. En opérant plus tard, alors que l'affection tendait à l'état chronique, de même que dans le glaucome chronique inflammatoire, les résultats étaient moins beaux. Cependant cette pratique avait au moins l'avantage de conserver aux malades ce qui leur restait de la fonction optique, d'enrayer la marche de la maladie, ce dont on pouvait s'assurer par la conservation du champ visuel dans le *statu quo*. Souvent même on voyait la maladie rétrograder, comme j'ai eu moi-même le bonheur de le constater deux fois.

Enfin, M. de Graefe insista dans un troisième mémoire sur les bons résultats qu'on pourrait retirer de l'application de l'iridectomie au glaucome chronique simple.

En résumé, le chirurgien de Berlin conseille d'opérer tout de suite et même pour ainsi dire séance tenante. Les phénomènes inflammatoires aigus ne sont pas pour lui une contre-indication. Tout au plus serait-il permis de temporiser pendant un ou au plus deux jours, si l'état général faisait craindre de voir le succès compromis.

Ces idées ont été adoptées par la plupart de ses élèves. Pour nous, nous ne saurions pas plus ici que pour l'iritis (p. 33), nous résoudre à opérer au milieu de la période inflammatoire. La douleur qu'en éprouve le malade, et surtout les mouvements et la réaction qu'elle sollicite de la part de celui-ci pendant l'opération, nous semblent trop exposer le chirurgien à blesser la cristalloïde et à déterminer ainsi la formation d'une cataracte traumatique. Du reste, des faits mêmes, relatés par M. de Graefe et par ses élèves, et d'après leur assertion que toutes les fois qu'on a opéré dans la *première quinzaine après l'attaque*, toujours la vision a été rétablie intégralement; et, d'un autre côté, comme il est rare qu'une attaque de glaucome ait une plus longue durée que deux septénaires, il me semble rationnel de laisser tomber les symptômes inflammatoires avant de se décider à l'opération. C'est là du moins la pratique que nous avons suivie deux fois nous-même, et deux fois nous avons été assez heureux pour voir la vision se rétablir.

Si nous conseillons de temporiser un peu dans le cas de glaucome aigu, nous tiendrons un tout autre langage pour ce qui a trait aux deux autres formes. Là il est urgent d'opérer le plus tôt possible. Nous avons coutume de dire aux malades atteints de cette affection et auxquels nous proposons l'opération, ces quelques mots : « Plutôt de suite que dans deux heures; plutôt dans deux heures que demain ; plutôt demain que dans huit jours. » Et en effet, il ne faut pas laisser ignorer aux malades que l'opération étant leur unique ancre de salut, chaque heure qu'ils perdent à réfléchir diminue les chances de succès.

Mais ici nous devons faire quelques remarques sur l'opération en elle-même. Pour qu'elle soit efficace, il faut que le morceau de l'iris excisé soit aussi large que possible. Pour cela, il convient de donner à la plaie scléro-cornéenne les dimensions que nous lui avons attribuées (p. 18), c'est-à-dire 6 à 8 millimètres, suivant les dimensions de l'œil. De plus, il est nécessaire que l'iris soit excisé jusqu'à son insertion au cercle ciliaire, car une opinion très-répandue aujourd'hui est que l'iridectomie ne réagit contre la pression intra-oculaire qu'en coupant le tendon du muscle ciliaire qui serait le principal agent de cette tension. Sans vouloir juger cette grave question, je dois avouer que cette opinion me sourit beaucoup, d'autant qu'elle me semble on ne peut plus fondée. Et si je me prononce en faveur de cette hypothèse, c'est que les expériences de M. Hancock sembleraient lui donner confirmation. On sait, en effet, que ce chirurgien (1) a préconisé la ténotomie sous-scléroticale du muscle ciliaire pour remplacer l'iridectomie, et qu'il a eu quelques succès. Cependant dans bon nombre de cas ce succès n'a été qu'éphémère, ce qui tiendrait peut-être à ce que le muscle aurait été incomplétement coupé, ou, comme le veulent d'autres chirurgiens, à ce que cette section n'agirait qu'à la manière des paracentèses. Une autre précaution opératoire est celle qui a trait aux cas où la chambre antérieure est très-étroite, et où l'on s'expose à voir le couteau s'engager dans l'iris, le pousser en avant en le tranchant, ce qui empêche d'en attirer au dehors toute la partie qu'on se proposait d'en exciser, et rend par conséquent cette excision incomplète et défectueuse. On est de plus, ici, encore exposé à blesser la cristalloïde antérieure, accident sur lequel nous avons déjà insisté.

Pour éviter ces deux fausses manœuvres, il est bon de se ser-

(1) Wecker, t. I, p. 478.

vir, pour faire l'incision scléro-cornéenne, d'un couteau lancéolaire à lame courte, étroite et camarde, de ne faire, en poussant le couteau, qu'une très-petite incision que l'on agrandit ensuite à volonté, soit en retirant l'instrument, soit avec le petit bistouri boutonné mentionné page 17, ainsi que le recommande M. de Graefe.

On pourrait encore éviter ces accidents en se servant, pour faire l'incision, d'un kératome ordinaire, comme le veut M. Bowman, ou du petit couteau de M. Frœbelius.

Il arrive quelquefois, qu'à la suite d'une iridectomie dans un cas de glaucome aigu ou de glaucome inflammatoire chronique, l'autre œil qui avait déjà présenté les prodromes de cette affection soit subitement et sympathiquement pris d'une attaque de glaucome aigu. Il ne faudrait pas que de semblables faits arrêtassent dans l'exécution de l'iridectomie. On peut être à peu près sûr, du reste, que lorsqu'un œil est atteint de glaucome et que l'autre est déjà menacé, ce qu'indiquent les prodromes, cet œil sera tôt ou tard atteint lui-même par l'affection. En hâtant le développement, l'opération de l'œil atteint le premier ne peut donc, pour l'autre œil, que forcer le chirurgien à une intervention plus précoce.

En terminant ce long paragraphe, je me crois obligé de dire ici quelques mots du traitement des *amauroses cérébrales avec excavation de la papille* par l'iridectomie. Au moment où parurent les travaux de M. de Graefe, ses opinions ayant été mal interprétées par quelques praticiens, ignorant sans doute la langue allemande, on fit de l'excavation de la papille le signe pathognomonique du glaucome. Partout donc où l'on trouvait une amaurose plus ou moins avancée accompagnée d'excavation de la papille, on pratiquait une large iridectomie, et les malades ne s'en trouvaient ni mieux ni pire. Pour agir ainsi, ces praticiens, quoique expérimentés, ignoraient sans doute qu'il existât des excavations physiologiques de la pa-

pille optique. Ceci me dispense d'insister plus longtemps ; on doit comprendre quelle valeur j'accorde à l'iridectomie dans le cas présent.

Un mot encore comme conclusion. Au point de vue thérapeutique, il n'y a que les diverses formes de glaucome dans lesquelles l'iridectomie soit nettement et sérieusement indiquée.

Pour toutes les autres affections, la vieille école les guérissait aussi bien et aussi souvent autrefois par le traitement médical rationnel, que nous le faisons aujourd'hui avec l'iridectomie; mais, il en est ici comme de la diligence de nos pères et de nos chemins de fer : nous arrivons au même but ni plus ni moins qu'eux, seulement..... nous allons plus vite.

Enfin, si l'on a souvent pratiqué l'iridectomie, non-seulement dans des cas où son action était douteuse, mais où son emploi était complétement contre-indiqué, cela tient à ce qu'il y a de par le monde des praticiens peu honnêtes, dont l'unique but en pratiquant notre art est de s'enrichir quand même, appliquant en cela ce précepte de thérapeutique : « *L'or est plus utile, administré du malade au médecin, que du médecin au malade.* » C'est en grande partie ce qui a été cause de la suspicion dans laquelle cette opération a été placée, bien à tort, pendant longtemps.

§ 2.

Pour ce qui a trait aux autres affections de la choroïde (choroïdite parenchymateuse et séreuse, disséminée, plastique, suppurative), nous les passerons sous silence en renvoyant à ce que nous avons dit à propos des inflammations de l'iris.

Mais nous croyons devoir faire remarquer que les avantages de l'iridectomie dans ces différents cas sont, nous paraît-il, loin d'être justifiés.

ARTICLE IV.

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE.

§ 1. — Scléro-choroïdite antérieure.

Lorsqu'on observe dans cette affection un commencement de pression interne, si par des instillations d'atropine et par des paracentèses de la chambre antérieure on n'arrive pas à la faire cesser, on doit recourir à l'iridectomie.

L'opération sera d'autant plus indiquée qu'on verra une tendance au staphylôme antérieur de la sclérotique, ou que celui-ci sera déjà en voie de formation, s'il est peu étendu, et que la vision soit encore suffisante pour faire espérer de la voir se rétablir si l'on vient à bout d'entraver la maladie dans sa marche.

« Nous avons pu souvent nous-même, dit M. Wecker (1), nous convaincre du fruit qu'on peut retirer de cette opération en pareille circonstance. » Lorsque la maladie est arrivée à sa période ultime, c'est-à-dire lorsqu'un ou plusieurs staphylômes se sont formés, jusqu'à produire même un staphylôme complet de la moitié antérieure du globe, et que la vision est abolie, l'iridectomie est inutile, et il n'est plus qu'une seule manière d'agir qui puisse calmer les douleurs intolérables qu'endure le malade, c'est l'ablation de l'hémisphère antérieur du globe, comme l'a pratiquée souvent mon père. Je ne saurais trop louer cette pratique qui, quoi qu'on en dise, doit être préférée à l'énucléation par la méthode de Bonnet, en ce qu'elle laisse dans l'orbite un moignon sur lequel l'application d'une pièce artificielle est plus facile que sur celui que laisse l'autre procédé. De plus, le moignon a l'avantage de communiquer à l'œil d'émail des mouvements qui arrivent plus près de l'imitation de la nature, considération fort importante surtout lorsque les sujets sont de jeunes femmes.

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 251.

§ 2. — Scléro-choroïdite postérieure.

L'opération est indiquée dès que l'œil devient sensible au toucher, ou que les malades accusent de la tension intra-oculaire avec rétrécissement du champ visuel; et ici, ainsi que pour le glaucome, il faut pratiquer l'ablation d'un large morceau du limbe iridien. Toutes les fois encore que la papille optique s'excave, l'opération est utile, comme lorsque le corps vitré se trouble. On sait, en effet, que c'est là souvent un symptôme précurseur d'un décollement de la rétine; c'est surtout dans ce cas que l'opération est nécessaire, car elle indique le passage de la maladie aux parties antérieures du globe oculaire.

CHAPITRE IV

IRIDECTOMIE PROPHYLACTIQUE.

L'iridectomie n'a été proposée dans un but prophylactique que dans l'opération de la cataracte. On sait du reste que cette opération n'est plus guère pratiquée aujourd'hui que par trois procédés : A, la discision ; B, l'extraction linéaire ; C, l'extraction à lambeau.

Les autres procédés, broiement, abaissement, succion, ne sont plus pratiqués aujourd'hui que par des chirurgiens de la vieille école, qui voient bien tous les avantages et tous les succès des opérations, mais ferment volontiers les yeux sur leurs inconvénients et sur leurs insuccès, afin que ceux-ci ne viennent pas battre en brèche les immortelles doctrines de Beer, Wenzel, Dupuytren, etc., auxquelles ils veulent rester fidèles, et afin aussi, disent-ils, d'opposer une digue au besoin de *faire du nouveau!* Ah! cette nouveauté, ce progrès, ici comme en tout, c'est leur fantôme, leur bête noire. Et pourtant le progrès avance toujours, et dans sa marche glorieuse, il les entraîne avec

lui malgré eux. Dejà l'iridectomie thérapeutique avait trouvé de leur part une opposition opiniâtre ; pourtant, à la fin, ils ont été obligés de se rendre à l'évidence.

Ici encore l'excision de l'iris a trouvé et trouve encore journellement une opposition invincible. Le nombre de ceux qui accordent à l'iridectomie prophylactique sa véritable valeur est encore bien restreint. C'est à peine s'ils veulent convenir que là où elle est essentielle, dans l'extraction linéaire, elle ne soit pas nuisible ! Que répondre à cela? Les arguments sont nombreux, et comme nous le montrerons bientôt, aucune objection sérieuse ne peut être faite à son emploi simultané dans l'opération de la cataracte ; au contraire, ses avantages sont incontestables; mais ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille l'appliquer toujours et partout, car il ne faut pas oublier que la nature ne crée pas des organes dans le but unique d'exercer la sagacité et l'habileté des chirurgiens, pas plus que *ad majorem eorum gloriam*, mais bien pour atteindre la perfection de l'organisme, et détruire ou mutiler un organe sans but exactement justifiable, suivant l'expression de Talleyrand : « *c'est non-seulement un crime*, *mais c'est une faute.* »

A. *Discision.* — La discision ou simple ouverture de la cristalloïde antérieure, par suite de l'imbibition des couches corticales antérieures par l'humeur aqueuse qu'elle détermine, entraîne presque constamment un gonflement considérable du cristallin, notamment lorsque la substance corticale est abondante et le cristallin entier volumineux, comme cela se remarque chez les jeunes sujets et surtout chez ceux de quinze à trente ans. Ce gonflement du cristallin, surtout de ses couches antérieures, exerce contre la face postérieure de l'iris, malgré les instillations d'atropine, une pression qui en détermine souvent l'inflammation. Elle détermine de plus une augmentation de la pression intra-oculaire, accident sur lequel nous avons déjà suffisamment insisté. Chez les très-jeunes sujets, c'est-à-dire

depuis la naissance jusqu'à quinze ans, la résorption marche avec une telle rapidité que ces phénomènes n'ont pour ainsi dire pas le temps de se produire, ou qu'ils sont d'une si faible intensité que par un traitement médical on peut arriver à les combattre d'une façon tout à fait satisfaisante.

On a donc songé à appliquer à la discision l'iridectomie, et cela d'une façon prophylactique, c'est-à-dire trois à quatre semaines avant d'en venir à la discision.

D'après ce que nous avons dit plus haut, on doit pressentir que ce n'est que sur les sujets de quinze à trente ans qu'on a proposé d'y avoir recours.

Or, examinons ici la valeur de ce procédé.

Et d'abord, la valeur prophylactique de l'iridectomie dans ce cas est-elle bien démontrée? Nous ne le pensons pas. Nous avons vu souvent des malades que l'excision d'une large portion de l'iris n'a pas mis à l'abri des accidents ci-dessus. De plus, l'ennui d'une double opération doit être aussi pris en considération. Enfin, dès qu'il faut arriver à exciser l'iris, pourquoi ne pas pratiquer de suite l'extraction linéaire modifiée, c'est-à-dire l'extraction linéaire accompagnée de l'iridectomie, qui, comme nous essayerons de le faire voir, est si inoffensive lorsqu'elle est pratiquée d'après des indications spéciales et précises. Et, chose remarquable, c'est précisément dans les mêmes cas que la discision que, suivant nous, elle trouve son indication rationnelle.

L'élargissement et l'immobilité de la pupille n'est pas ici une objection sérieuse, car rien n'est plus facile que de pratiquer l'iridectomie à la partie supérieure.

Il n'est qu'un cas peut-être où la discision modifiée trouverait sa raison d'être pratiquée, c'est alors que le sujet aurait déjà subi une opération d'extraction linéaire ou à lambeau suivie d'insuccès. Alors, évidemment, il vaut mieux avoir à craindre des accidents inflammatoires que la fonte purulente du globe, suite

d'écartement et de suppuration de la plaie cornéenne. Somme toute, les avantages de cette méthode opératoire ne nous semblent pas encore suffisamment mis en lumière pour que nous puissions la conseiller, d'autant qu'elle exige une certaine habileté qui n'est pas accessible à tous les praticiens.

B. *Extraction linéaire.* — Ici non-seulement l'excision de l'iris est utile, mais encore elle est essentielle. Pour nous, en effet, l'extraction linéaire simple ne trouve sa raison d'être pratiquée que lorsqu'on a affaire à une cataracte *complétement molle* ou *liquide* accompagnée *d'opacité de la capsule*, et où l'introduction d'une pince destinée à l'extraction de la cristalloïde devient nécessaire. Si au contraire on a affaire à une cataracte molle ou complétement liquide, la discision doit lui être préférée.

Pour ce qui concerne l'extraction linéaire avec iridectomie, voyons à quels cas elle convient et quels résultats on est en droit d'en attendre.

Et d'abord, disons tout de suite que nous conseillons de placer l'excision iridienne à la partie supérieure et non à la partie externe, afin de dissimuler le *coloboma artificiel* sous la paupière supérieure, ce qui a le double avantage de dissimuler la difformité qui en résulte, et de modérer l'accès des rayons lumineux.

Toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une cataracte demi-molle, c'est-à-dire présentant des couches centrales denses, si l'on est assuré que ce noyau n'est pas trop étendu, de façon à rendre son extraction par la plaie linéaire impossible, diagnostic que l'on peut faire avec une précision presque mathématique à l'aide de l'éclairage oblique, on doit avoir recours à l'extraction modifiée. Cette opération a en effet l'avantage d'exposer beaucoup moins aux suppurations et, de plus, de ne pas réclamer de la part du malade une aussi grande immobilité que l'extraction à lambeau simple. Mais on a fait à cette opé-

ration le reproche d'entraîner fréquemment des accidents inflammatoires violents, amenant l'occlusion de la nouvelle pupille. A cela la réponse est facile; si, en effet, alors qu'on introduit la curette derrière le noyau du cristallin, afin de le soulever et de l'extraire, on a soin d'éviter de toucher l'iris, et si par conséquent la partie d'iris excisée est assez large pour permettre facilement cette manœuvre, ce qui est toujours possible; si d'un autre côté on a soin, une fois la curette introduite, de ne pas agir trop brusquement, de façon à ne pas heurter et à ne pas froisser, soit avec l'instrument, soit avec le cristallin lui-même, la face postérieure de l'iris; si enfin en troisième lieu, on donne à la plaie scléro-cornéenne des dimensions suffisantes pour que l'introduction des instruments et la sortie du noyau ne déterminent pas le tiraillement et la contusion de ses bords, on écartera à peu près sûrement toute crainte d'accident. Le grand avantage de cette méthode nous paraît donc résider dans le moins de dangers d'une suppuration.

Diverses objections assez fondées au premier abord ont été faites à cette opération. Il n'en est qu'une sur laquelle nous croyons avoir à nous étendre; elle est relative à l'exiguïté de l'incision capsulaire qui déterminerait la rétention fréquente de débris corticaux dans le champ de la pupille, et favoriserait de la sorte le développement d'une cataracte secondaire. Cette objection n'est pas sérieuse, car tout le monde sait que les incisions multiples de la capsule sont une utopie irréalisable. La cristalloïde a en effet une grande élasticité, et dès qu'elle est incisée, l'ouverture devient largement béante. Or qu'arrive-t-il alors? Au moment où l'on exerce avec la curette la pression nécessaire à l'évacuation de la substance corticale, l'issue de celle-ci à travers la plaie cristalloïdienne détermine la rupture complète de cette membrane; ses fragments se roulent sur eux-mêmes et se retirent derrière l'iris, qui, par suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse a repris sa place normale, la pupille s'étant

contractée. Une fois ces fragments retirés derrière le pourtour de la pupille, peu importe qu'ils deviennent opaques, pourvu que le centre soit net. Tout ce qu'on doit tenter d'obtenir, c'est que ces fragments ne deviennent pas adhérents à l'iris, et ne déterminent pas plus tard une inflammation de cette membrane, consécutive à l'imbibition et au gonflement des masses corticales restées adhérentes à la capsule. Et quand même il surviendrait une cataracte secondaire, il est si facile d'y apporter remède que cette complication ne peut être l'objet d'une opposition sérieuse à l'extraction linéaire modifiée.

Enfin, un point important encore, c'est l'application de cette méthode au traitement des cataractes adhérentes. En effet, l'immobilité de la pupille, retenue par les adhérences, rend l'excision de l'iris nécessaire pour favoriser la sortie du cristallin opaque, résultat qu'on ne saurait obtenir par l'extraction simple ou par la discision, la dilatabilité de la pupille étant de toute urgence pour ces deux opérations. De plus, nous avons vu, à propos de l'iridectomie appliquée au traitement de l'iritis et des synéchies postérieures, que cette opération était susceptible de donner de très-bons résultats. Or, les cataractes adhérentes rentrent précisément dans ce cas. L'iridectomie est donc parfaitement indiquée ici.

Enfin, certaines formes de cataractes traumatiques, suite de blessure du cristallin par un corps étranger ayant traversé la chambre antérieure et s'étant arrêté dans la lentille, réclament d'urgence ce procédé opératoire, car lui seul est capable de permettre d'espérer extraire le cristallin avec le corps étranger, et encore ces cas demandent-ils une très-grande prudence et une très-grande habileté de la part du chirurgien.

En résumé, nous ne saurions trop recommander cette opération, et nous demeurons convaincu que, bien qu'elle rencontre encore une certaine opposition (1), justice lui sera bientôt ren-

(1) Voyez la thèse d'agrégation de M. Dubreuil, p. 44.

due, et qu'elle sera étendue des mains exclusives des spécialistes à celles des chirurgiens en général.

C. *Extraction à lambeau.* — En 1860, lors de notre séjour à Berlin, nous vîmes plusieurs fois M. de Graefe pratiquer, quelque temps avant l'extraction à lambeau, une iridectomie préalable dans les cas de cataracte dure. Peu d'années après, en 1862, M. Mooren proposa de pratiquer toujours cette iridectomie, afin de diminuer les dangers de cette opération, dans tous les cas de cataractes entourées de masses corticales abondantes, et pour d'autres raisons encore, telles qu'un état de marasme prononcé du sujet et si la pupille se dilatait mal. Si ces raisons étaient les seules à invoquer, certes l'iridectomie ne serait pas justifiée. Nous verrons bientôt qu'il existe, outre cela, de nombreuses et péremptoires raisons d'agir ainsi.

En avril 1862, en analysant, dans les *Annales d'oculistique*, le travail de M. Mooren, M. Wecker proposait de réunir les deux opérations en une seule; c'est ce que fit M. Jacobson, en 1863. Cette méthode fut bientôt acceptée par la plupart des praticiens non ennemis du progrès, et qui trouvent que tant qu'on n'obtiendra pas 100 succès sur 100 opérations de cataractes, cette opération sera encore perfectible.

Nous ne saurions, en effet, trop recommander l'extraction à lambeau accompagnée de l'excision d'un lambeau iridien.

Mais il faut donner les raisons d'une semblable recommandation, car il faut être bien fondé pour engager à faire deux opérations au lieu d'une.

La première de toutes ces raisons, et celle qui rend toutes les autres inutiles, c'est que toutes les statistiques faites jusqu'à ce jour, par ceux qui ont adopté la méthode de M. Jacobson, prouvent que par ce moyen on obtient 98 succès pour 100, au lieu de 85 à 90 pour 100 qu'on obtient d'ordinaire par la méthode à lambeau simple.

Cherchons maintenant à nous expliquer les raisons de résultats aussi satisfaisants.

Constamment, après l'écoulement de l'humeur aqueuse, et malgré tout le soin qu'on ait apporté aux instillations mydriatiques, la pupille se contracte, et cela d'autant plus énergiquement que l'iris aura été plus fortement froissé par le plat et le dos du kératome, pendant la section du lambeau. Qu'arrive-t-il alors ? Constamment une pression assez énergique est nécessaire pour favoriser la sortie du cristallin. Or, de deux choses l'une : ou bien on a affaire à une cataracte demi-molle, à noyau volumineux ; ou bien on se trouve en présence d'une cataracte dure, car, d'après ce que nous avons dit à propos de l'extraction linéaire modifiée, ce n'est que dans ces deux formes de cataracte que nous conseillons l'extraction à lambeau. Examinons donc chacun de ces deux cas en particulier.

Si l'on se trouve en présence d'une cataracte demi-molle, pourvue de masses corticales de très-faible consistance mais en quantité notable, que va-t-il arriver ? Au moment de la sortie du cristallin, le sphincter de l'iris, fortement contracté, opposera une résistance énergique à l'issue du noyau. Le chirurgien sera donc obligé, par une pression convenable, de vaincre cette résistance. L'iris ne cédera qu'à la condition que le noyau lui oppose une force de propulsion excédant la force de contraction de son sphincter. Il arrive alors que les masses corticales, offrant une faible consistance, seront retenues derrière l'iris, car la pupille ne s'élargira que de la quantité exactement nécessaire au passage du noyau. Que devra faire le chirurgien ? A l'aide de la curette, il devra aller chercher dans l'espace pupillaire tous les débris corticaux, car en les y laissant, il pourrait être à peu près certain de la production d'une cataracte secondaire, accident toujours fâcheux, sinon dangereux. Mais nous verrons tout à l'heure qu'il y a même grand danger. Examinons d'abord quelle influence a la disten-

sion forcée du sphincter iridien. Il est inutile de réfléchir bien longtemps pour comprendre qu'il y a contusion et même contusion d'une extrême violence de cette membrane, de texture éminemment délicate et de structure si considérablement vasculaire. Eh bien ! comment admettre que cette membrane, qui n'a jamais donné passage qu'à des corps impondérables, à des rayons lumineux, se laissera distendre, froisser, violenter, contusionner impunément ! Non, cela n'est pas admissible, et évidemment une inflammation devra en être la conséquence, inflammation d'autant plus considérable que le noyau aura été plus volumineux. Et la preuve qu'il y a distension forcée de l'iris, c'est qu'il n'est pas rare d'observer, après l'issue de cataractes de la nature dont il s'agit, une déformation persistante de la pupille, qui, de ronde, devient transversalement ovalaire ou même triangulaire.

Si là se bornaient les inconvénients de cette issue forcée de la cataracte, ce ne serait rien encore. Mais avec quelque attention que le chirurgien essaye d'expulser cette substance corticale, retenue dans le champ pupillaire, soit par de douces mais dangereuses pressions, soit en allant à leur recherche avec la curette, il en restera une certaine portion adhérente aux débris de la capsule et à la face postérieure de l'iris. Comment aller à leur recherche, si l'on se sert à cet effet de la curette ? On grattera et on irritera l'iris, et, comme nous l'avons dit déjà à propos de l'extraction linéaire, l'inflammation sera encore la conséquence de cette manœuvre. Si l'on ne vient pas à bout d'extraire les débris corticaux, si l'on n'est pas assez heureux pour qu'ils se résorbent promptement, ils subiront l'imbibition et le gonflement ; ceci amènera nécessairement le tiraillement de l'iris et l'augmentation de la pression intra-oculaire, et une irido-choroïdite pourra en devenir la terrible conséquence. On le voit donc, ce sont là autant de causes qui peuvent diminuer les chances de succès de l'extraction.

Pour ce qui concerne les cataractes dures, tout ce que nous venons de dire à propos de l'issue du noyau est encore vrai et d'autant plus que le corps contondant est encore plus volumineux et qu'il demande souvent une dilatation de la pupille poussée à sa dernière limite. Or, je le répète et j'y insiste, une inflammation doit nécessairement en être la conséquence. De cette inflammation, que résultera-t-il ? D'abord, une augmentation de la pression intra-oculaire qui, ne trouvant plus de résistance de la part de la cornée sectionnée, produira le soulèvement du lambeau et la suppuration des lèvres de la plaie cornéenne. Inutile d'insister sur les suites funestes de ce terrible accident. Tout le monde les connaît.

Cette distension de l'iris sera encore augmentée, comme il arrive fréquemment, si la section n'a pas ses dimensions normales, c'est-à-dire les sept huitièmes de la circonférence dont elle est un segment.

Mais, ici, qu'aura-t-on à craindre de l'iritis traumatique, car n'ayant pas laissé dans l'œil de masses corticales, il n'y a que cet accident qu'on aura à craindre. L'iris passera par toutes les phases de l'iritis traumatique : formation de pus, exsudations, etc. D'où production d'un hypopyon qui provoquera la suppuration de la plaie, si elle n'est pas encore réunie, ou au moins augmentera la pression intra-oculaire. Si des exsudations se font à la face postérieure, une synéchie partielle ou totale en deviendra la conséquence. Cette synéchie elle-même, si l'inflammation n'est pas vaincue par un traitement antiphlogistique énergique, finira par produire l'occlusion plus ou moins complète de la pupille. D'un côté donc, menace, crainte et souvent même production d'une irido-choroïdite ; de l'autre, menace, crainte et souvent production d'une iritis plastique et d'une occlusion pupillaire.

Si ces deux accidents se produisent, que faire ?

L'iridectomie deviendra nécessaire !

Nous y voilà, la simple logique, le simple raisonnement déduit des faits nous y a conduits, *l'iridectomie deviendra nécessaire.* Mais alors il nous faudra la pratiquer sur un organe malade, meurtri, dont la structure et la nutrition auront été d'autant plus altérées que la maladie aura duré plus longtemps et qu'elle aura été plus longtemps combattue.

A tout prix, il nous faut donc trouver un moyen inoffensif en lui-même, qui nous mette à l'abri de ces redoutables accidents.

Ce moyen, l'iridectomie pratiquée avant l'issue du cristallin, dans la même séance que l'extraction, ce moyen, dis-je, elle nous le fournit.

En effet, l'excision iridienne, en rompant la continuité du sphincter de l'iris, l'empêchera naturellement de réagir. De plus, l'humeur aqueuse ayant un libre accès dans le champ pupillaire agrandi, sera capable, sous l'empire de douces frictions pratiquées à travers la paupière supérieure, de réunir les divers débris de substance corticale. Ceux-ci, le champ d'action étant agrandi, seront facilement saisis avec la curette, et sans danger cette fois, ou entraînés par l'humeur aqueuse lorsqu'on en déterminera l'écoulement par une légère pression. De plus, comme nous l'avons déjà montré, en établissant une libre communication entre les deux chambres, on empêchera la pression intra-oculaire, sinon de se produire, on la réduira du moins à un coefficient tel qu'elle ne sera plus capable d'entraîner des accidents.

Voyons maintenant quelles modifications les deux manuels opératoires, celui de la formation du lambeau et celui de l'iridectomie, devront subir.

Et d'abord, quel procédé de kératotomie sera-t-il préférable d'employer ? La supérieure ou l'inférieure ? Ah ! s'il était possible de pratiquer la kératotomie supérieure, quel avantage on trouverait dans son emploi, de pouvoir dissimuler la perte de

substance de l'iris sous la paupière supérieure, et d'éviter ainsi les éblouissements et les cercles de diffusions qui en sont toujours la conséquence ! Mais l'écoulement du sang, dans la chambre antérieure, rend l'incision de la capsule bien difficile. D'un autre côté, le maniement des pinces demande une dextérité qui augmente considérablement les difficultés d'exécution de cette opération déjà si difficile en elle-même. Néanmoins cette pratique devra être l'objet d'une sérieuse étude, suffisamment motivée par ses avantages incontestables. Et même, c'est là une des raisons pour lesquelles certains chirurgiens préfèrent pratiquer d'abord une excision de l'iris à la partie supérieure et ne faire la kératotomie que quelque temps après, trois à quatre semaines environ.

Étant donc établi maintenant que, si l'on pratique la double opération en une seule fois, c'est à la kératotomie inférieure que l'on doit donner la préférence, quelles modifications devra-t-elle subir?

La première est qu'il faudra faire la section aussi périphérique que possible, surtout vis-à-vis du point où l'on excisera l'iris, car il importe que cette excision aille jusqu'à l'insertion du voile membraneux.

Pour plus de sécurité, il convient de ne pas terminer la section d'un seul coup, mais, lorsqu'il ne reste plus qu'une étendue de deux millimètres environ de la cornée à sectionner, de retirer le kératome et de laisser ainsi une sorte de pont subsister entre le lambeau et la circonférence cornéenne.

Il convient alors de pratiquer l'iridectomie. Celle-ci ne doit pas avoir de trop grandes dimensions, deux ou trois millimètres au plus, car ici il ne s'agit pas, comme dans le glaucome, de combattre la pression intra-oculaire, mais de diviser le sphincter pupillaire. Si nous recommandons de pratiquer l'iridectomie avant de donner issue au cristallin, c'est qu'il s'agit ici, non de reséquer la partie la plus contusionnée de l'iris,

comme le veut M. Jacobson, mais bien de prévenir cette contusion elle-même, ainsi que le pense M. Wecker. De plus, une fois le cristallin extrait, l'iris ne présente plus une résistance suffisante et fuit sous la pince. On est de plus exposé à rompre la fossette hyaloïde et de donner issue au corps vitré, accident toujours fâcheux, quoi qu'on en dise. L'excision une fois terminée, il convient d'achever la section à l'aide d'un petit bistouri boutonné, puis de faire la discision de la capsule et de donner issue au cristallin.

Les soins consécutifs ne réclament pas d'autres indications que la kératotomie ordinaire : l'application du bandage contentif et l'immobilité aussi complète que possible dans le décubitus dorsal : des aliments liquides ou de peu de consistance, ne réclamant aucune mastication.

Mais hélas ! après l'emploi rationnel, l'abus.

Que dire de cette pratique mise à exécution dans ces derniers temps : de faire préalablement à la kératotomie, *deux iridectomies*, l'une à la partie inférieure, l'autre à la partie supérieure !

Pourquoi ne pas pratiquer plutôt alors l'ablation complète de l'iris ? Au moins serait-on bien plus sûrement à l'abri des inflammations ultérieures de cette membrane, que par le précédent procédé, et on épargnerait au malade l'ennui de deux opérations successives inévitables. Je livre cette proposition aux praticiens sensés ainsi qu'à ceux qui acceptent tout comme parfait, pourvu que cela vienne de l'étranger.

On tremble lorsque l'on songe qu'un peu plus, de semblables doctrines eussent été professées à la Faculté de médecine de Paris.

CONCLUSIONS

IRIDECTOMIE OPTIQUE.

I. — Lorsque la pupille normale existe et qu'elle est seulement masquée par une opacité centrale, l'iridectomie doit être rejetée et sera fructueusement remplacée par l'iridésis pratiquée autant que possible dans le quart interne et inférieur de l'iris.

II. — L'iridectomie est indiquée pour remédier aux opacités de la cornée, toutes les fois que l'espace transparent de la cornée, derrière lequel on veut placer la nouvelle pupille, est assez grand pour qu'on n'ait pas à craindre de le voir s'obscurcir encore à la suite de la nouvelle opération. Dans le cas contraire, on doit lui préférer l'iridodialysie.

IRIDECTOMIE THÉRAPEUTIQUE.

I. L'opération doit être pratiquée dans tous les cas où, pour une cause ou pour une autre, il y a exagération de la pression intra-oculaire.

II. — Opérer pendant la période de summum d'acuité des maladies contre lesquelles l'iridectomie est recommandée, est un procédé blâmable, gros de dangers, souvent impuissant à arrêter les accidents, sinon capable de les augmenter.

III. — C'est contre le glaucome que son action est le mieux établie aujourd'hui.

IRIDECTOMIE PROPHYLACTIQUE.

I. — L'extraction à lambeau, accompagnée de l'excision d'une portion de l'iris, avant de donner issue au cristallin, est une méthode qu'on doit préférer toujours pour les cataractes demi-molles, à noyau volumineux, ainsi que pour les cataractes dures.

II. — L'extraction linéaire accompagnée d'iridectomie doit être préférée pour les cataractes molles ou demi-molles, à petit noyau, ainsi que pour les cataractes morganiennes ou liquides.

III. — La discision modifiée doit être rejetée et remplacée par l'extraction linéaire avec iridectomie.

La discision simple doit être réservée aux sujets au-dessous de quinze ans et aux cataractes liquides sans noyau.

Paris.— Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.